

Anmeldung

Personalien PatientIn		Arbeitgeber	
Name	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Strasse	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ Ort	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>	Abklärungen	<input type="text"/>
AHV-Nr.	<input type="text"/>		
Tel. / Mobil	<input type="text"/>		
Beruf	<input type="text"/>		
	Geschlecht <input type="text"/>		

KVG Versicherung		KVG Zusatzversicherung	
Name	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Strasse	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	PLZ Ort	<input type="text"/>
GLN	<input type="text"/>	GLN	<input type="text"/>
Vers.-Nr.	<input type="text"/>	Vers.-Nr.	<input type="text"/>
	VeKa-Nr. <input type="text"/>		VeKa-Nr. <input type="text"/>
UVG Versicherung		UVG Zusatzversicherung	
Name	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Strasse	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	PLZ Ort	<input type="text"/>
GLN	<input type="text"/>	GLN	<input type="text"/>
Fall-Nr.	<input type="text"/>	Vers.-Nr.	<input type="text"/>
	Falldatum <input type="text"/>		
Versicherungsstatus			
<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Allgemein CH <input type="checkbox"/> Upgrade			
Kostenträger			
<input type="checkbox"/> UVG <input type="checkbox"/> MV <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> Selbstzahler			

Termin-Angaben			
Für allg. Pat.	<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> Warteliste	<input type="checkbox"/> Wunschdatum: <input type="text"/>
Eintritt	<input type="text"/>	Zeit	<input type="text"/>
Aufenthalt ca.	<input type="text"/> Tage	OP-Termin	<input type="text"/>
		OP-Dauer ca.	<input type="text"/> min

Behandelnder Arzt					
Name	<input type="text"/>	GLN	<input type="text"/>	ZSR	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	Fremd PID	<input type="text"/>	Fremd FID	<input type="text"/>
Assistenzarzt					
Name	<input type="text"/>				
Hausarzt					
Name	<input type="text"/>	GLN	<input type="text"/>	ZSR	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	Fremd PID	<input type="text"/>	Fremd FID	<input type="text"/>
Zuweisender Arzt/Ärztin					
Name	<input type="text"/>	GLN	<input type="text"/>	ZSR	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	Fremd PID	<input type="text"/>	Fremd FID	<input type="text"/>



Anmeldung - Folgeseite

Diagnose

ICD-10 Code

gleiche HD wie Vorbehandlung
(nur bei ambulanten Fällen)

Ersatzdiagnose Unfall

Krankheit

Unbekannt

Operation

Narkose

Art Ja Nein MAC Diabetes m. Insulin BV

Spez. Medikamente

Antibiotikaprophylaxe Nein Ja

Spezielles

Routine-Labor gemacht zu machen Gewicht kg Grösse cm

Spezial-Labor

EKG

Röntgen

Besonderes

Instrumente & Firma