

# ANMELDUNG FÜR

# HIRSLANDEN



## KLINIK AM ROSENBERG

OPERATION  OPERATION, vorher RISIKO-SS (Grund: siehe ND)

**(Adresse und Name des einweisenden Arztes)**

Eintritt:  
OP:  
PAS:  
Wunschtermin:  
 Klinik telefoniert  Patient telefoniert

### PERSONALIEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Tel. P: \_\_\_\_\_ Tel. Mobile: \_\_\_\_\_ Tel. G: \_\_\_\_\_

### EINTRITT / AUFENTHALT / DRINGLICHKEIT

Regulär  Ambulant  Stationär Anzahl Tage: \_\_\_\_\_  
 Nachmeldung/NF für gleichen Tag  Nachmeldung für nächsten OP-Tag  Tagesbett  
 Eintritt Vortag  Eintritt OP-Tag (Nü)  Dringende OP innert 2-10 Tagen

### VERSICHERUNG / HAUSARZT

Privat  Halbprivat  Allgemein  Selbstzahler  Upgrade Betrag: \_\_\_\_\_  
 Krankheit  Unfall  
Hausarzt: \_\_\_\_\_ Zuweiser: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse/UVG: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  Ganze CH  
Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_  Nur WK  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Unfalldatum: \_\_\_\_\_

### OPERATEUR / OPERATION

Operateur: \_\_\_\_\_ Assistenz 1: \_\_\_\_\_ Assistenz 2: \_\_\_\_\_  
Mit Vertreter?  Ja, Firma / Vertretername:  
Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_  
Geplanter Eingriff: \_\_\_\_\_ Geplanter SNZ (min): \_\_\_\_\_  
Lagerung: \_\_\_\_\_ Implantate: \_\_\_\_\_  
Spez. Instrumente: \_\_\_\_\_  
Antibiotika?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_ Anderes: \_\_\_\_\_  
Bem (Lagerung, BV, Infekt, Bakt, etc): \_\_\_\_\_

### WEITERE RELEVANTE INFORMATIONEN

Nebendiagnosen:  Keine  Ja: 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_  
Allergien:  Keine  Ja: 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
Medikamente:  Keine  Ja: 1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_  
Blutgruppen-Antikörper?  Nicht bekannt  Keine  Ja:  
Berichte zu Vorerkrankungen vorhanden?  Nein  Ja, mit OP-Anmeldung senden

### INFORMATIONEN zur ANÄSTHESIE

Ax. Plexus  i.v.-Block  LA (durch Operateur) ISB-Katheter:  Nein  Ja  
 Wünsche Operateur: \_\_\_\_\_  Patientenwunsch: \_\_\_\_\_

### POSTOPERATIV

Reha  Anmeldung beigelegt  Anmeldung folgt  Kur Ort: \_\_\_\_\_

Anmeldedatum: \_\_\_\_\_ Anmeldung vor Versand kontrolliert durch: \_\_\_\_\_