

ANMELDUNG FÜR

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 Dringende OP innert 2-10 Tagen

Tagesbett
 Eintritt Vortag
 Eintritt OP-Tag (Nü)

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: _____