

ANMELDUNG

(Bei stationären Fällen der ambulanten Liste Ausnahmekriterien beilegen)

Patientenetikette oder

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

PATIENTENANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse / Nummer	PLZ	Ort	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Telefon	Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialversicherungs-Nr.	Korrespondenz	Name/Vorname der Eltern (bei Minderjährigen)	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I	<input type="text"/>	

Eintritt von

<input type="checkbox"/> Zuhause	<input type="checkbox"/> Zuhause + Spitex	<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Altersheim	<input type="checkbox"/> Psychiatrie
<input type="checkbox"/> Anderes Spital	<input type="checkbox"/> Strafvollzug	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Unbekannt	

Geplante Reha/Kur nach Austritt Casemanagement organisieren **Wunschort**

Eintritt aufgrund	Fallart	<input type="checkbox"/> Allgemein OKP	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Stationär	<input type="checkbox"/> Allg. ganze CH	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> Klassenwechsel von <input type="text"/> auf <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	<input type="checkbox"/> Komfortzuschlag
<input type="checkbox"/> Verlegung < 24 h		<input type="checkbox"/> Privat		

Grundversicherung KVG	Versicherten-Nr.	VEKA-Nr. (20 Stellen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zusatzversicherung VVG	Versicherten-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Grundversicherung UVG / IV / MV	Schaden-/Verfügungs-Nr.	Unfalldatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zusatzversicherung Unfall	Schaden-Nr.	Arbeitgeber
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eintritt und OP

Eintrittsdatum <input type="text"/>	Zeit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vortag	Dauer Aufenthalt Tage <input type="text"/>
OP-Datum <input type="text"/>	OP-Uhrzeit <input type="text"/>		OP-Dauer (SNZ Min.) <input type="text"/>
Operateur <input type="text"/>			Nüchtern <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
			Assistenz <input type="text"/>

MEDIZINISCHE / CHIRURGISCHE ANGABEN

ICD-10 GM	Eintrittsdiagnose	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> bds.
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
ICD-10 GM	Nebendiagnosen	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> bds.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> bds.

OPERATION / BEHANDLUNG

CHOP	Behandlung / Therapie	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> bds.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> bds.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> bds.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> bds.

Spezielles (Implantate, spezielle Geräte etc.)

Lagerung

<input type="checkbox"/> RL	<input type="checkbox"/> SL links	<input type="checkbox"/> SL rechts	<input type="checkbox"/> BL	<input type="checkbox"/> SSL	<input type="checkbox"/> BC	<input type="checkbox"/> Sitzend
-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

Geräte

<input type="checkbox"/> IORT	<input type="checkbox"/> POLESTAR	<input type="checkbox"/> Bildverstärker	<input type="checkbox"/> Mikroskop	<input type="checkbox"/> Turm	<input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/> Neuronavigation
<input type="checkbox"/> Da Vinci	<input type="checkbox"/> Cellsaver	<input type="checkbox"/> Patho/SS	<input type="text"/>			

Saal

<input type="checkbox"/> HKL	<input type="checkbox"/> Hybrid	<input type="checkbox"/> EPU	<input type="checkbox"/> NeuroSuite	<input type="checkbox"/> OSU
------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

Anästhesieform

<input type="checkbox"/> Allgemein-/Teilanästhesie	<input type="checkbox"/> Sedoanalgesie	<input type="checkbox"/> LA
--	--	-----------------------------

Aufenthalt postoperativ IPS-Aufenthalt: Ja Nein ÜWS-Nacht: Ja Nein

Anästhesiegespräch

<input type="checkbox"/> Vortageseintritt: (Premedikation auf der Bettenstation)
<input type="checkbox"/> Optionale Anästhesiesprechstunde bei speziellen Fragestellungen
<input type="checkbox"/> Nüchtereintritt: <input type="checkbox"/> Ambulante Anästhesie-Sprechstunde
<input type="checkbox"/> Telefonische Anästhesie-Sprechstunde (ASA 1+2, OP-Risiko ≤ B, hat Internet-Zugang, spricht Deutsch)

ANMELDUNG

Patientenetikette oder

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____

Internistische Mitbetreuung Ja (Innere/MES) Andere Nein

Insbesondere bei: limitierender Pneumopathie / Kardiopathie; mindestens mittelschwerer Niereninsuffizienz;
 mit Insulin behandeltem Diabetes mellitus; oraler Antikoagulation; Leberzirrhose; Anorexie; Adipositas >Grad 2

Präoperative Abklärungen erforderlich Nein Ja, durch _____

Isolationspflichtige Krankheiten _____

Allergien _____

Spitalaufenthalt im Ausland in den letzten 3 Monaten vor Eintritt Wenn ja, wo _____

Grösse _____ cm Gewicht _____ kg BMI _____ Zeugen Jehovas

Gewünschte Untersuchungen nach Eintritt _____

Spezielle Wünsche / Bemerkungen (Behinderungen etc.)

Mitbehandl. Arzt (MCC) _____

Zuweiser _____

Hausarzt _____

Selbstzuweiser _____

Codierrelevante Nebendiagnosen
Kardiologie

- I50.19 Linksherzinsuffizienz
- I50.01 Global- / Rechtsherzinsuffizienz
- I11.90 Hypertensive Herzkrankheit
- I20.8 Angina pectoris
- I25.19 Arteriosklerotische Herzkrankheit
- I48.2 Chronisches Vorhofflimmern
- I42.9 Kardiomyopathie
- I35.0 Aortenklappenstenose
- I35.1 Aortenklappeninsuffizienz
- I34.0 Mitralklappeninsuffizienz
- I44.2 AV-Block

Nephrologie

- N18.9 Chronische Niereninsuffizienz
- Z99.2 Langzeitabhängigkeit von Dialyse

Angiologie

- I80.9 Thrombose, Phlebitis
- I83.0 Varizen mit Ulzeration
- I70.23 Arteriosklerose Extremitätenart.
- I71.9 Aortenaneurysma

Pneumologie

- J44.9 COPD
- J47 Bronchiektasen
- J81 Lungenödem
- J90 Pleuraerguss
- J93 Pneumothorax
- I26.9 Lungenembolie

Neurologie

- F00.9 Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- G20.90 Primäres Parkinson-Syndrom
- G81.9 Hemiparese / Hemiplegie
- I63.9 Hirninfarkt
- I67.10 Zerebrales Aneurysma
- I66.9 Verschluss / Stenose zerebr. Arterien

Onkologie

- C80 Bösartige Neubildung / Karzinom
- C79.88 Metastasen
- D63 Tumoranämie
- R64 Tumorkachexie
- D61.10 Aplastische Anämie n. Chemoth.

Endokrinologie

- E10.90 Diabetes mellitus, Typ 1
- E11.90 Diabetes mellitus, Typ 2
- E66.99 Adipositas
- E05.9 Hyperthyreose
- E46 Mangelernährung
- E87.6 Hypokaliämie
- E20.9 Hyperparathyreoidismus
- E53.8 Vitamin-B-12-Mangel
- E24.9 Cushingsyndrom

Pflegerelevante Diagnosen

- L89.99 Dekubitus
- R15 Stuhlinkontinenz
- R32 Harninkontinenz
- R47.0 Dysphasie / Aphasie
- Z21 HIV
- Z22.3 / U80.4 ESBL
- Z22.3 / U80.00 MRSA

Anmeldende Belegarztpraxis

Tel. _____

Fax _____

GLN _____

ZSR _____

Mail _____

Datum _____

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Klinik