

Anmeldung zur Operation und Hospitalisationen

Einreichen des Formulars: 1) PDF-Dokument herunterladen und lokal auf dem Computer speichern.
2) Formular im [Adobe Acrobat Reader](#) öffnen, ausfüllen und speichern.
3) Ausgefülltes Formular an folgende E-Mail-Adresse senden: zbm@spital-limmattal.ch

Mit dem Absenden dieses Formulars bestätigen Sie, dass die Patientin/der Patient über den Eingriff aufgeklärt wurde.

* Kliniken

Allgemein-, Gefäss- & Viszeralchirurgie (AGV)

- ☐ Gefässchirurgie
☐ Allgemeinchirurgie
☐ Viszeralchirurgie

Frauenklinik

- ☐ Beckenbodenzentrum
☐ Brustzentrum
☐ Endometriosezentrum
☐ Geburtshilfe
☐ Gynäkologie

Orthopädie, Traumatologie & Handchirurgie (OTH)

- ☐ Orthopädie
☐ Traumatologie
☐ Handchirurgie

- ☐ HNO
☐ Medizin
☐ Plastische Chirurgie
☐ Uropoint
☐ Uroviva

* Patientendaten

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____

* Zuweisende(r) Ärztin/Arzt

Praxisname: _____
Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Datum: _____

* Kostenträger

Grundversicherung: _____
Zusatzversicherung: _____
Unfallversicherung: _____

Vers.-Nr.: _____
Vers.-Nr.: _____
Vers.-Nr.: _____

* Versicherungsdeckung

- ☐ A ☐ HP ☐ P
☐ A ☐ HP ☐ P
☐ Depot

☐ Selbstzahler ☐ Kostengutsprache ☐ Zusätzlicher Wahleingriff (z. B. Sterilisation)

*Terminwunsch / Dringlichkeit ☐ < 2 Wochen ☐ 3-4 Wochen ☐ Wunschdatum: _____

Für telefonische Anästhesiesprechstunde geeignet ☐ ja ☐ nein

*Aufenthalt ☐ ambulant ☐ stationär → Bitte Ausnahmekriterien ausfüllen bei AVOS-Eingriffen

* AVOS-Kriterien

*Behandlungsgrund ☐ Krankheit ☐ Unfall (Unfalldatum: _____) ☐ IV ☐ Schwangerschaft

*Diagnose _____ *ICD-Code _____

*Operation _____

*OP-Template _____

* ☐ rechts ☐ links ☐ beidseits

*OP-Dauer (realistisch!) _____ *Verantw. Operateur _____

*Leihmaterial _____

*Pflichtfelder, die zwingend ausgefüllt werden müssen.

Fortsetzung auf Seite 2 >

Lagerung/Diverses

- ☐ BL ☐ SL re ☐ SL li ☐ RL ☐ SSL ☐ Armtisch ☐ Beachchair
☐ BV ☐ BS steril ☐ BS unsteril
☐ zyklusunabhängig ☐ OP innerhalb der ersten 10 Zyklostage ☐ letzte Periode: _____
☐ Sentinelmarkierung ☐ Drahtmarkierung
☐ Bemerkungen _____

Anästhesie-Verfahren

- ☐ LA ☐ LA MAC ☐ Anästhesie gemäss EBA ☐ + PDK
☐ Bemerkungen _____

Bemerkungen / Diverses

Präoperative Verordnung

- ☐ Type & Screen (gemäss hausinterner Weisung) ☐ BZ
☐ Hämatologie ☐ ASAT, ALAT, alk. Phos. qGT, Bilirubin
☐ INR ☐ TSH, Ca und Albumin
☐ Na, K, Krea ☐ Urinstatus/Uricult
☐ CRP ☐ EKG
☐ Tumormarker _____
☐ Sonstiges _____

***Antikoagulation**

- ☐ ja ☐ nein Produkt: _____ Datum der letzten Einnahme: _____
 Clexane am Vorabend: ☐ 20 mg (<40 kg) ☐ 40 mg (40–100 kg) ☐ 60 mg(> 100 kg) ☐ nein ☐ _____

Abführen

- ☐ Picoprep nach Schema ☐ rektaler Einlauf

***Pflichtfelder, die zwingend ausgefüllt werden müssen.**

◀ zurück zu Seite 1