

Anmeldung zur Operation

Kliniken: _____

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt

(Stempel und Unterschrift):

Datum: _____

Kostenträger:

Grundversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____

Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Unfallversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Selbstzahler

Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Terminwunsch / Dringlichkeit _____

Aufenthalt: ambulant stationär

Diagnose

Unfall Krankheit Mutterschaft

Geplanter Eingriff

Kostengutsprache ja

Depot CHF _____

rechts links beidseits

Geplanter Eingriff

Kostengutsprache ja

Depot CHF _____

rechts links beidseits

Geplanter Eingriff

Kostengutsprache ja

Depot CHF _____

rechts links beidseits

Eintritt OP: laufend liegend

OP-Dauer (realistisch) _____ Verantw. Operateur _____

Hämoglobin _____ g/l Anämieabklärung (Hb<130)

SDS nur Anästhesie
 Anästhesie mit Fachassistenten
 SDS > 2h

Lagerung/Diverses

BL SL re SL li RL SSL Armtisch Beachchair
 BV BS steril BS unsteril
 zyklusunabhängig OP innerhalb der ersten 10 Zyklustage
 Sentinelmarkierung
 Drahtmarkierung
 Bemerkungen _____

Anästhesie

LA LA & Standby Anästhesie + PDK
 Bemerkungen _____

Durch das Sekretariat auszufüllen!

SDS - Termin

OP - Datum

Eintrittsdatum (falls regulär)

Bemerkungen / Diverses