

Anmeldung zur Operation und Hospitalisationen

- * Kliniken:**
- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allgemein-, Gefäss- & Viszeralchirurgie (AGV) | <input type="checkbox"/> Medizin | <input type="checkbox"/> Uropoint |
| <input type="checkbox"/> Frauenklinik | <input type="checkbox"/> Orthopädie, Traumatologie & Handchirurgie (OTH) | <input type="checkbox"/> Uroviva |
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie | |

*** 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.: _____

*** Versicherungs-
deckung:**

☐ A ☐ HP ☐ P
☐ A ☐ HP ☐ P

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

Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt aufzubieten, 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** ☐ < 2 Wochen ☐ 3–4 Wochen ☐ Wunschdatum: _____

*** Aufenthalt:** ☐ ambulant ☐ stationär → AMBUSS? Bitte Ausnahmekriterien ausfüllen bei:
 › Hernien › Varizen › OSME › Tonsillektomie › KAS › Hämorrhoiden

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

*** Diagnose** _____ *** ICD-Code:** _____

*** OP-Template**

☐ rechts ☐ links ☐ beidseits ☐ rechts ☐ links ☐ beidseits

Leihmaterial _____

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

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

Fortsetzung auf Seite 2 ›

Formular einreichen:

- 1) Formular online ausfüllen im [Adobe Acrobat Reader](#).
- 2) Dokument herunterladen und lokal auf dem Computer speichern.

- 3) Danach das ausgefüllte Formular an folgende E-Mail-Adresse senden: zbm@spital-limmattal.ch
- 4) Mit dem Absenden dieses Formulars bestätigen Sie, dass die Patientin / der Patient über den Eingriff aufgeklärt wurde.

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
☐ Tumormarker _____
☐ EKG
☐ 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

Formular einreichen:

- 1) Formular online ausfüllen im [Adobe Acrobat Reader](#).
- 2) Dokument herunterladen und lokal auf dem Computer speichern.
- 3) Danach das ausgefüllte Formular an folgende E-Mail-Adresse senden: zbm@spital-limmattal.ch
- 4) Mit dem Absenden dieses Formulars bestätigen Sie, dass die Patientin / der Patient über den Eingriff aufgeklärt wurde.