

# Anmeldeformular Hospitalisation / Operation

Operation       Hospitalisation       Gynäkologie     Geburtshilfe

**Patientendaten:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  Allgemein     Primeo     HP     P

**Diagnose:**

**Operation / Einweisungsgrund:**

Pflichtleistung     ja     nein      IPS-Bett     ja     nein

Ungefähre Hospitalisationsdauer: \_\_\_\_\_ Tage

Stationär       SDS       Ambulant / Tageschirurgie  
 Eintrittsdatum \_\_\_\_\_ Anästhesie-Sprechstunde  
 Zeit \_\_\_\_\_ Datum / Zeit \_\_\_\_\_

Operationsdatum      Operationsdauer      Operateur/In

**Labor**

<input type="checkbox"/> Hämatogramm	<input type="checkbox"/> Krea	<input type="checkbox"/> Tumormarker
<input type="checkbox"/> Type&Screen	<input type="checkbox"/> CRP	_____
<input type="checkbox"/> INR/Quick	<input type="checkbox"/> BZ	<input type="checkbox"/> Reserveröhrlı für Tumormarker
<input type="checkbox"/> Na, K	<input type="checkbox"/> GOT, GPT, AP, yGT, Bili	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Urin-Status/-kult	

Clexane am Vorabend:     20 mg (<40kg)     40 mg (40–100kg)     60 mg (>100kg)     nein     \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

<input type="checkbox"/> Zyklusunabhängig	<input type="checkbox"/> Radiologische Drahtmarkierung angemeldet: _____
<input type="checkbox"/> OP innerhalb der ersten 10 Zyklustage LP: _____	<input type="checkbox"/> Termin Geb: _____
Zyklus: _____ d	<input type="checkbox"/> Sprechstundentermin/Aufklärung: _____
<input type="checkbox"/> Sentinelmarkierung angemeldet	<input type="checkbox"/> Anästhesie: _____

Datum      Unterschrift      Sucher