

Anmeldung zur Operation und Hospitalisationen

* 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.: _____

* Versicherungs- deckung

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

* 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 ➤

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 ☐ 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

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.