

Anmeldung zur Operation

- Kliniken: Chirurgie VIS Gefässchirurgie / Angiologie Orthopädie Orthopädie Belegärzte
 Gynäkologie Belegärzte Handchirurgie Belegärzte Urologie Urologie Belegärzte
 ORL Belegärzte Kardiologie Radiologie
 Plastische Chirurgie Belegärzte

Patientendaten:

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

Zuweisende(r) Ärztin/Arzt

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

Kostenträger:

Grundversicherung: _____
 Zusatzversicherung: _____
 Unfallversicherung: _____
 Selbstzahler Kostengutsprache Zusätzlicher Wahleingriff (z. B. Sterilisation)

**Versicherungs-
deckung:**

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

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 < 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 Mutterschaft

Diagnose _____ **ICD-Code:** _____

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 (K1)
 Anästhesie mit Fachassistenten (K2)
 Erhöhter Aufwand
 SDS + Eintritt 1d präoperativ

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bemerkungen / Diverses

← zurück zu Seite 1