

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	

Fragmin am Vorabend: 2500 IE 5000 IE 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