

PATIENTENANMELDUNG

Dieses Formular ist nicht gültig für
Patientenanmeldungen über die Notfallaufnahme.

HIRSLANDEN

KLINIK STEPHANSHORN



(Adresse und Name des einweisenden Arztes)

Wunsch-OP-Datum:
Geplantes Austrittsdatum:
Eintritt am Vortag nötig: Ja Nein
Wenn ja, Grund:
Eintritt am OP-Tag ohne PAS möglich: Ja Nein
Risikosprechstunde aufbieten bis:
Besprochen mit Dispo Ja Nein / Zi-Nr.:
Angemeldet im Notfall Ja Nein

PERSONALIEN

Name: _____ Vorname: _____
Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
Geschlecht: _____ Geb.-Datum: _____ Konfession: _____
Tel. P: _____ Tel. Mobile: _____ Tel. G: _____

VERSICHERUNGSKLASSE

Privat Halbprivat Allg. ganze CH Allg. Grundvers. Wohnkanton
 Wünscht Upgrade auf Aufzahler für 2er-Zimmer
Krankenkasse/UVG: _____ Vers.-Nr.: _____
Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____
 SUVA MV IV Sektion: _____ Vers.-Nr.: _____
 Selbstzahler Arbeitgeber (wenn Vers.-Nr. fehlt): _____
Aufenthaltsart: Ambulant Stationär IPS postoperativ Aufenthaltsgrund: Krankheit Unfall
Unfalldatum: _____

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Diagnose: _____ **Operation:** _____ **OP-Dauer (min.):** _____
 Schriftliches OP-Einverständnis präoperativ vorhanden **Grösse:** _____ **Gewicht:** _____ **BMI:** _____
Eingriff: Endoskopisch Offen Endovasculär OrthoPAT/CS Schnellschnitt Tumorbank
Lagerung: RL BL SL Steile HSL HSL SSL Beach Böckli Ext. Lag leg top OSLO Carbontisch
Spezielle Instrumente: _____
Mitbehandelnder Arzt: _____ **Assistenz:** _____
Nebendiagnosen: _____

Aktuelle Medikamente:

Kein Fragmin Start präoperativ abends Start postoperativ Fragmin 2500 E Fragmin 5000 E
 Andere: _____
 Keine AB Cefuroxim nach KG Rocephin 2 g Ciproxin 0.2 g Metronidazol 0.5 g
 Keine Allergien Latex Medikamente
 Kein Infekt Hepatitis HIV Resistenzkeim (MRSA) Art: _____
 Keine spezielle Kost Diabetes Lactosefrei Glutenfrei Andere: _____
Gewünschte Anästhesie: AA SA / PDA Plexus RIVA LA mit MAC LA
Eintrittsverordnung: Keine Röntgen Thorax EKG Labor: siehe Beiblatt
Irreg. Blutgruppen-Antikörper: Ja Nein Unbekannt
Unterlagen: Keine Labor Röntgen EKG Bericht
Bemerkungen: _____

