ANMELDUNG FÜR

HIRSLANDEN

☐ OPERATION ☐ OPERATION, vorher RISIKO-SS (Grund: siehe ND)

(Adresse und Name des einweisenden Arztes)

Eintritt:
OP:
PAS:
Wunschtermin:
☐ Klinik telefoniert ☐ Patient telefoniert

PERSONALIEN

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

EINTRITT / AUFENTHALT / DRINGLICHKEIT

☐ Regulär ☐ Ambulant ☐ Stationär Anzahl Tage:
☐ Tagesbett ☐ Eintritt Vortag ☐ Eintritt OP-Tag (Nü)
☐ Nachmeldung/NF für gleichen Tag ☐ Nachmeldung für nächsten OP-Tag ☐ Dringende OP innert 2-10 Tagen

VERSICHERUNG / HAUSARZT

☐ Privat ☐ Halbprivat ☐ Allgemein ☐ Selbstzahler ☐ Upgrade Betrag:
☐ Krankheit ☐ Unfall
Hausarzt: Zuweiser:
Krankenkasse/UVG: Vers.-Nr.: ☐ Ganze CH
Zusatzversicherung: Vers.-Nr.: ☐ Nur WK
Arbeitgeber: Unfalldatum:

OPERATEUR / OPERATION

Operateur: Assistenz 1: Assistenz 2:
Mit Vertreter? ☐ Ja, Firma / Vertretername:
Hauptdiagnose:
Geplanter Eingriff: Geplanter SNZ (min):
Lagerung: Wählen Sie aus: Implantate:
Spez. Instrumente:
Antibiotika? ☐ Nein ☐ Ja: Wählen Sie aus: Anderes:
Bem (Lagerung, BV, Infekt, Bakt, etc):

WEITERE RELEVANTE INFORMATIONEN

Nebendiagnosen: ☐ Keine ☐ Ja: 1) 2) 3) 4)
Allergien: ☐ Keine ☐ Ja: 1) 2)
Medikamente: ☐ Keine ☐ Ja: 1) 2) 3) 4)
Blutgruppen-Antikörper? ☐ Nicht bekannt ☐ Keine ☐ Ja:
Berichte zu Vorerkrankungen vorhanden? ☐ Nein ☐ Ja, mit OP-Anmeldung senden

INFORMATIONEN zur ANÄSTHESIE

☐ Ax. Plexus ☐ i.v.-Block ☐ LA (durch Operateur) ISB-Katheter: ☐ Nein ☐ Ja
☐ Wünsche Operateur: ☐ Patientenwunsch:

POSTOPERATIV

☐ Reha ☐ Anmeldung beigelegt ☐ Anmeldung folgt ☐ Kur Ort:

Anmeldedatum: Anmeldung vor Versand kontrolliert durch: