



Operationsanmeldung

Personalien			
Name	Vorname		
Adresse	PLZ/Wohnort		
Geburtsdatum	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Tel. Privat:	Tel. Mobile		
Tel. Geschäft	Hausarzt		
Krankenkasse	Unfallvers.		
Ärztlicher Dienst			
Eintritt <input type="checkbox"/> ambulant über Tagesklinik <input type="checkbox"/> ambulant mit Bett auf Tagesklinik <input type="checkbox"/> Hosp. nach OP am <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Vorhospitalisation: Tag/e	Klasse <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> allgemein ganze Schweiz <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Upgrade 1 Bett <input type="checkbox"/> Upgrade 2 Bett	Bemerkung <input type="checkbox"/> Hausarztbrief vorhanden <input type="checkbox"/> SS-Bericht <input type="checkbox"/> Röntgenbilder extern / intern <input type="checkbox"/> CT-Bilder <input type="checkbox"/> MRI-Bilder <input type="checkbox"/> Einwilligung abgegeben am <input type="checkbox"/> stationäre KG <input type="checkbox"/> Gastro-/Colonoskopiebericht <input type="checkbox"/> Ultraschallbericht <input type="checkbox"/> externe spezialärztliche Berichte <input type="checkbox"/> Piercing Ja/Nein? <input type="checkbox"/> entfernbar / nicht? <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Verlegung intern/extern von			
Diagnose (wird für Kostengutsprache verwendet)			
Vorgesehene Operation		Operateur geplante OP-Zeit: Min.	
Antikoagulation / andere Medikamente <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> andere		Antibiotikaphylaxe (gemäss Richtlinien im Hause) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Eigenblut vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lagerung <input type="checkbox"/> RL Rückenlagerung <input type="checkbox"/> Beachchair <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> SL Sigmalagerung <input type="checkbox"/> Bauchlage <input type="checkbox"/> LSL Linksseitenlage <input type="checkbox"/> RSL Rechtsseitenlage <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> MIS		Bemerkungen:	
		Im OP Instrumente bestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anmeldung erledigt: Datum: Visum:			
Zentrale Patientendisposition Chirurgie			
stationär: Eintritt geplant am: <input type="checkbox"/> Operation geplant am: <input type="checkbox"/> Geplante Aufenthaltsdauer: Anzahl Tage <input type="checkbox"/> Rehabilitation geplant <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> schriftliches Aufgebot am: <input type="checkbox"/> telefonisches Aufgebot am: <input type="checkbox"/> ins OP-Programm eingegeben am: <input type="checkbox"/> Kostengutsprache eingeholt am:	
Anästhesie			
Mögliche Verfahren aus chirurgischer Sicht: <input type="checkbox"/> Vollnarkose (GA) <input type="checkbox"/> Teilnarkose <input type="checkbox"/> iv-Block <input type="checkbox"/> Stand-by <input type="checkbox"/> Postoperative RA wünschenswert		Aufbieten Anästhesie-Sprechstunde: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anästhesiefragebogen abgegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum Anästhesie-Sprechstunde falls bekannt: Datum: Zeit:	