

Operationsanmeldung

Name	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich	wird von PKV ausgefüllt	
Vorname	Geburtsdatum		
Strasse/Nummer		Eintrittsdatum	
PLZ/Ort	E-Mail	Eintrittszeit	Information zu Eintrittszeit durch:
Telefon/Natel Privat		Zimmer	
Arbeitgeber / Beruf		Eingangsstempel	

Versicherung		<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
Grundversicherung / Versicherungsnummer		Zusatzversicherung / Versicherungsnummer	
Unfallversicherung / Versicherungsnummer		Unfall-Zusatzversicherung / Versicherungsnummer	

Pflegeklasse	Art des Klinikaufenthaltes	Reha-/Kuraufenthalt geplant
<input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Upgrade 1-er Zimmer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Klinik Fahrdienst: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Operationsdatum	Aufenthaltsdauer in Tagen
Diagnose	
Art der Operation	
ICD-10	
Operationsdauer (Schnitt/Nahtzeit)	
Spezielle Anweisungen für OP	
<input type="checkbox"/> Rückenlage <input type="checkbox"/> Rechtsseitenlage <input type="checkbox"/> Beachchair <input type="checkbox"/> mod. Steinschnittlage <input type="checkbox"/> Bauchlage <input type="checkbox"/> Linksseitenlage <input type="checkbox"/> Steinschnittlage	
Allergien und Unverträglichkeiten	
Bemerkungen	

Zusätzliche präoperative Verordnungen

Clexane	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Vorabend Präoperativ, Dosis nach Schema	<input type="checkbox"/> Postoperativ, Dosis nach Schema oder Verordnung
Zinacef	<input type="checkbox"/>	Zinacef ½ h präoperativ Einmaldosis	<input type="checkbox"/> Zinacef ½ h präoperativ 2x postoperativ / insgesamt 3x

Informationen für OPS/Anästhesie

☐ Mephameson 16 mg i.v. ☐ Tranexam i.v.

Die Klinik behält sich das Recht vor, die Aufnahme eines Patienten, ohne jede Kostenfolge für die Klinik kurzfristig abzulehnen, falls vor dessen Eintritt keine zufriedenstellende Kostengutsprache eines Kostenträgers bzw. keine ausreichende Depotzahlung vorliegt.

Datum	Einweisender Arzt (Stempel)	Assistenzarzt (Stempel)
--------------	---------------------------------------	-----------------------------------