

**Einweisungsformular/OP-Anmeldung**

Patientendaten oder Patientenkleber

Name des Patienten: ..... Geb. Dat: .....

Adresse: .....

Telefon privat: ..... Tel. Geschäft: ..... Tel. Natel: .....

Kostenträger/ Sektion: ..... Versicherungsnummer: .....

Chirurgie                      Orthopädie                      Medizin                      Frauenklinik

Krankheit                      Unfall

Stationär                      Hospitalisationsdauer ..... Tage

Allg. Wohnkanton                      Allg. CH                      Halbprivat                      Privat

Albergo 2 / 2er Zi                      Albergo 1 / 1er Z                      Selbstzahler

ambulante                      Praeoperative Abklärung.....

Chirurgischer Status                      ja / nein                      Anästhesie                      ja / nein

**Operation**

Diagnose: .....

Geplanter Eingriff: .....

Seite:                       LINKS /  RECHTS                      Dauer: ..... Minuten

Instr. / Impl. / Firma: ..... Vertreter: .....

Nebeneingriff: .....

Lagerung:                      Rücken / Bauch / Beach Chair / Seite li – re / Steinschnitt  
RL mit Handtisch / Extension / Stiefel / Beine gespreizt / Stuhler

Operateur: ..... Gast: .....

Turm:                      ja / nein                      BV: JA / NEIN

Blutsperrung:                      angelegt / ausgewickelt / steril / keine

Allergien:                      keine / Ja: .....

**Anästhesie**                      Anästhesiewunsch:                      LA / LA+ / IVRA / Plexus / AA / SA**Fragmin**                      ja / nein                      **Liquemin**                      ja / nein

Blut:                      T + S                      Antibiotika:                      NEIN / JA .....

Urinableitung:                      keine / vorhanden / DK / Cystofix

**Termin**                      **Wunschtermin Eintritt:** .....                      **Wunschtermin Operation:** .....

Eintritt:                      Vortag                      nüchtern

Datum                      Einweisender Arzt: .....                      Visum: .....