

Einweisungsformular/OP-Anmeldung

Patientendaten oder Patientenkleber

Name des Patienten: Geb. Dat:

Adresse:

Telefon privat: Tel. Geschäft: Tel. Natel:
E- Mail

Kostenträger: Versicherungsnummer:

Grundversicherung: Versicherungsnummer:

Zusatzversicherung: 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, Kostenvorschlag für Vorauszahlung

ambulant 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

Blutsperr: 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: