

Anmeldung Medizin und Chirurgie

Aufenthalt **stationär**, Pflegeabteilung Aufenthalt **Tagesklīnik** ohne Physio Aufenthalt **Tagesklīnik** mit Physio

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w

Strasse _____ Telefon Privat _____

PLZ / Ort _____ E-Mail _____

Angaben zur Versicherung (Name, Adresse, Versicherungs-Nr., AHV-Nr.) Krankheit Unfall

Grundversicherung _____

Karte Nummer (VEKA Nummer) _____

Zusatzversicherung _____

Versicherungsart privat halbprivat allgemein UVG (IV; MV) allgemein KVG Selbstzahler

Angaben zur Erstellung eines Kostenvoranschlags/spezielle Vereinbarung:

für Private Falls Abrechnung über Klīnik, bitte Honorar inkl. Assistenz angeben:

für Halbprivate

OP ist keine Pflichtleistung

Hauptdiagnose _____ ICD-10: _____

Nebendiagnosen _____ Nebendiagnosen _____

Geplante Therapie, geplante OP-Technik / CHOP: links rechts beidseits

Weitere therapeutische Massnahmen

Eintrittsdatum	Eintrittszeit	OP-Datum	Schnittzeit	Dauer OP, Schnitt/Naht Std. Min.	Dauer Aufenthalt
----------------	---------------	----------	-------------	--	------------------

SWISS MEDICAL NETWORK MEMBER

Spezielle Wünsche an OP (Organisation, Instrumente, Implantate, Aussendienstmitarbeiter, Lagerung, Allergien, infektiöse Krankheiten) Gewünschtes Implantationssystem bereits organisiert: ja nein **Lagerung:**

Anästhesie	Wenn möglich Dr.	Überwachungsstation	IPS-Bett
<input type="checkbox"/> Allgemeinanästhesie		<input type="checkbox"/> Nacht	<input type="checkbox"/> 00 Nacht
<input type="checkbox"/> Regionalanästhesie	<input type="checkbox"/> LA, Überwachung mit Anästhesie	<input type="checkbox"/> Antikoagulation (Xarelto, Marcumar, ...)	<input type="checkbox"/> Zeuge Jehovas
<input type="checkbox"/> SZ-Katheter	<input type="checkbox"/> LA, ohne Anästhesie Analgesedation		<input type="checkbox"/> OSAS

Präoperative Verordnungen gemäss Anästhesie, Details siehe www.alphacare.ch,
zum **Formular Präop Untersuchungen**

gesunder Patient Anämie Abklärung präoperativ Komorbiditäten durch Hausarzt Dr.

Patientenaufklärung und -einwilligung erfolgt ja nein Isolation

SIRIS Bewilligung ja nein

Zusätzliche Verordnungen für Abteilungen

Präoperative Zusatzverordnungen gemäss Belegarzt: Röntgen andere Typ und Screen
 Kein Hausarzt bitte: Labor EKG die Resultate werden der Anästhesie zugestellt

Besonderes/Assistenz (spezielle internistische-medizinische Risikofaktoren/Bemerkungen/Wünsche)

Austrittsmodalitäten (bitte auswählen)

Datum

Stempel/Name und Unterschrift des Arztes