

Patientenanmeldung Operation

FID:

Bitte möglichst elektronisch senden an: dispo2@spitalmaennedorf.ch, Telefon: 044 922 25 20

Personalien

Name				Vorname			
Strasse, Nr.				PLZ, Wohnort			
Telefon 1/ P				Telefon 2/ G			
Geburtsdatum		W	M	AHV-Nr.			
Grundversicherung				Zusatzversicherung			
Versicherungsklasse	All.	AD	EX	NPFL/Wahleingriff	Ja		Unfall*
Totalupgrade auf				Selbstzahler	Ja		Krankheit
				Depotbetrag			CHF
Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r				*falls ja, Arbeitgeber			
				PLZ, Ort			

Med. Angaben

Medizinische
Angaben
Diagnose, Anamnese,
Befunde

Allergien, ja

Operationsangaben

geplante Aufenthaltsdauer

ambulant (h)	ICD-10
stationär (d)	CHOP

Operation	OP Dauer	
Operateur	Behandlung gem. Pfad-Nr.	SMA
Assistenz	Eintrittsdatum	
	OP Datum	

Spezielle
Anweisungen
z.B. Lagerung,
Medikamente,
Instrumentarien

Antibiotikaprophylaxe

Fragmin:	Ja	Nein
----------	----	------

durch Anästhesie	Patient nüchtern	Anästhesiesprechstunde:	
Plexus	Ja	Nein	Bitte aufbieten
LA durch Operateur			
IVRA	LA MAC		

Wenn innerhalb der letzten 3 Monate im SMA operiert → Datum:

Datum der Anmeldung	Name, Vorname Zuweisende/r
---------------------	-------------------------------



Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.