

Patientenanmeldung Operation

FID:

Bitte möglichst elektronisch senden an: disposition@spitalmaennedorf.ch

Personalien

Name
Strasse, Nr.
Telefon 1/ P
Geburtsdatum
Grundversicherung
Versicherungsklasse
Totalupgrade auf
Hausarzt,
falls nicht Zuweisende/r

Vorname
PLZ, Wohnort
Telefon 2/ G
AHV-Nr.
Zusatzversicherung
NPFL/Wahleingriff
Selbstzahler
Depotbetrag
*falls ja, Arbeitgeber
PLZ, Ort

W M
All. AD EX
Ja Ja
Unfall*
Krankheit
CHF

Med. Angaben

Medizinische
Angaben
Diagnose, Anamnese,
Befunde

Allergien, ja

Operationsangaben

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

Operation
Operateur
Assistenz
Spezielle
Anweisungen
z.B. Lagerung,
Medikamente,
Instrumentarien

OP Dauer
Behandlung
gem. Pfad-Nr. SMA
Eintrittsdatum
OP Datum

Antibiotikaprophylaxe
Fragmin: Ja Nein

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

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

Datum der
Anmeldung
Name, Vorname
Zuweisende/r

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.

