

## Operationsanmeldung

Personalien		
Name .....	Vorname .....	
Adresse .....	PLZ/Wohnort .....	
Geburtsdatum .....	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Tel. Privat: .....	Tel. Mobile .....	
Tel. Geschäft .....	Hausarzt .....	
Krankenkasse .....	Unfallvers. ....	
Ärztlicher Dienst		
<b>Eintritt</b> <input type="checkbox"/> ambulant über Tagesklinik <input type="checkbox"/> ambulant mit Bett auf Tagesklinik <input type="checkbox"/> Hosp. nach OP am ..... <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Vorhospitalisation: ..... Tag/e	<b>Klasse</b> <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> allgemein ganze Schweiz <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Upgrade 1 Bett <input type="checkbox"/> Upgrade 2 Bett	<b>Bemerkung</b> <input type="checkbox"/> Hausarztbrief vorhanden <input type="checkbox"/> SS-Bericht <input type="checkbox"/> Röntgenbilder extern / intern <input type="checkbox"/> CT-Bilder <input type="checkbox"/> MRI-Bilder <input type="checkbox"/> Einwilligung abgegeben am ..... <input type="checkbox"/> stationäre KG <input type="checkbox"/> Gastro-/Colonoskopiebericht <input type="checkbox"/> Ultraschallbericht <input type="checkbox"/> externe spezialärztliche Berichte <input type="checkbox"/> Piercing Ja/Nein? <input type="checkbox"/> entfernbar / nicht? <input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Verlegung intern/extern von .....		
<b>Diagnose</b> (wird für Kostengutsprache verwendet) .....		
<b>Vorgesehene Operation</b> .....		<b>Operateur</b> ..... geplante OP-Zeit: ..... Min.
<b>Antikoagulation / andere Medikamente</b> <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> andere .....		<b>Antibiotikaprophylaxe</b> (gemäss Richtlinien im Hause) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Eigenblut vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Lagerung</b> <input type="checkbox"/> RL Rückenlagerung <input type="checkbox"/> Beachchair <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> SL Sigmalagerung <input type="checkbox"/> Bauchlage <input type="checkbox"/> LSL Linksseitenlage <input type="checkbox"/> RSL Rechtsseitenlage <input type="checkbox"/> andere ..... <input type="checkbox"/> MIS		<b>Bemerkungen:</b> ..... ..... ..... <b>Im OP Instrumente bestellt:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Anmeldung erledigt:</b> Datum: ..... Visum: .....		
Zentrale Patientendisposition Chirurgie		
<b>stationär:</b> Eintritt geplant am: ..... <input type="checkbox"/> Operation geplant am: ..... <input type="checkbox"/> Geplante Aufenthaltsdauer: ..... Anzahl Tage <input type="checkbox"/> Rehabilitation geplant <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> schriftliches Aufgebot am: ..... <input type="checkbox"/> telefonisches Aufgebot am: ..... <input type="checkbox"/> ins OP-Programm eingegeben am: ..... <input type="checkbox"/> Kostengutsprache eingeholt am: .....	
Anästhesie		
Mögliche Verfahren aus chirurgischer Sicht: <input type="checkbox"/> Vollnarkose (GA) <input type="checkbox"/> Teilnarkose <input type="checkbox"/> iv-Block <input type="checkbox"/> Stand-by <input type="checkbox"/> Postoperative RA wünschenswert	Aufbieten Anästhesie-Sprechstunde: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anästhesiefragebogen abgegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum Anästhesie-Sprechstunde falls bekannt: Datum: ..... Zeit: .....	