

Anmeldung zur Operation

Behandlungsart: **stationär** **ambulant**

Personalien

Frau	Herr	Kind (bis 16 Jahre)	weiblich	männlich
Name		Vorname	Geburtsdatum	
Strasse/Nr.		PLZ, Wohnort	Telefon	
Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r			E-Mail	
Krankheit	Unfall:	Unfalldatum	Schaden-Nr. (bei Unfall)	Versicherungsklasse
Arbeitgeber: Name, PLZ, Ort				Allgemein
				Halbprivat
				Privat
Grundversicherung (Krankheit und Unfall)		Mitglied-Nr.		Upgrade
				Ja Bitte Vereinbarung Komfort-zuschlag ausfüllen und beilegen
				Alig. Pat. HP Pat.
Zusatzversicherung		Mitglied-Nr.		Selbstzahler
				Ja
				Depotzahlung (CHF)

Operationsangaben

Datum Eintritt	Operateur	OP Assistenz
		Belegarzt (Name)
OP Datum	OP Dauer	Ja, vom See-Spital
		Wochenendvisite durch chir. Assistenzarzt erwünscht
Operation	Rechts	Links
	nicht relevant	BV
		Schnellschnitt
Geplante Aufenthaltsdauer		ICD-10
Für ambulant (Stunden) und stationär (Tage)		
Lagerung	Andere	BV
		Schnellschnitt

Spezielle Anweisung (z.B. Medikamente, Implantate, Instrumente)

Instrumente bestellt ja nein

Antibiotikaphylaxe

Nein Ja Gabe 30'-60' vor Schnitt:

Präoperative Abklärung [gemäss Weisung 2844](#)

Termin Anästhesiesprechstunde	Zeit					Operation
Operations-Risiko	1	2	3			Gemäss Anästhesiologie
Patienten-Risiko	1	2	3	4	5	LA mit Anästhesiebeteteiligung
						LA ohne Anästhesiebeteteiligung

Bemerkungen (z.B. gewünschte Untersuchungen nach Eintritt)

Anmeldung zur Operation

OP-Indikation

Nebendiagnosen

Keine Ja

Allergien

Keine Ja

Internistische Mitbetreuung gewünscht: Ja Nein

Organisation durch Sozialdienst: Ja Nein

ÜP

Akutgeriatrie

Reha

Institution

Eintrittsdatum

Kur

Nebendiagnosen

Kardiologie

I50.19 Linksherzinsuffizienz
I50.01 Global- / Rechtsherzinsuffizienz
I11.90 Hypertensive Herzkrankheit
I20.8 Angina pectoris
I25.19 Arteriosklerotische Herzkrankheit
Chronisches Vorhofflimmern
I42.9 Kardiomyopathie
I35.0 Aortenklappenstenose
I35.1 Aortenklappeninsuffizienz
I34.0 Mitralklappeninsuffizienz
I44.2 AV-Block

Nephrologie

N18.9 Chronische Niereninsuffizienz
Z99.2 Langzeitabhängigkeit von Dialyse

Angiologie

I80.9 Thrombose, Phlebitis
I83.0 Varizen mit Ulzeration

Pneumologie

J44.9 COPD
J47 Bronchiektasen
J81 Lungenödem
J90 Pleuraerguss
J93 Pneumothorax
I26.9 Lungenembolie

Neurologie

F00.9 Demenz bei Alzheimer-Krankheit
G20.90 Primäres Parkinson-Syndrom
G81.9 Hemiparese / Hemiplegie
I63.9 Hirninfarkt
I67.10 Zerebrales Aneurysma
I66.9 Verschluss/ Stenose zerebr. Arterien

Onkologie

C80 Bösartige Neubildung / Karzinom
C79.88 Metastasen
D63 Tumoranämie
R64 Tumorkachexie
D61.10 Aplastische Anämie n. Chemoth.

Endokrinologie

E10.90 Diabetes mellitus, Typ 1
E11.90 Diabetes mellitus, Typ 2
E66.99 Adipositas
E05.9 Hyperthyreose
E46 Mangelernährung
E87.6 Hypokaliämie
E20.9 Hyperparathyreoidismus
E53.8 Vitamin-B-12-Mangel
E24.9 Cushingssyndrom

Pflegerrelevante Diagnosen

L89.99 Dekubitus
R15 Stuhlinkontinenz
R32 Harninkontinenz
R47.0 Dysphasie / Aphasie
Z21 HIV
Z22.3 / U80.4 ESBL
Z22.3 / U80.00 MRSA

Zuweisender Arzt

Datum der Anmeldung Name, Vorname Zuweisende/r

Bemerkungen

Sie können das Formular nur ausdrucken oder versenden,
falls Sie alle rot markierten Felder ausgefüllt haben.

Datum des Versands/Ausdrucks (wird automatisch generiert):