



Operationsanmeldung

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefon Privat: _____ Geschäft: _____ Mobile: _____

_____ männlich weiblich

E-Mail: _____

Versicherungsart: Allgemein Halbprivat Privat

Comfort Comfort Plus Selbstzahler

Krankheit /Versicherung: _____ Unfall/Unfalldatum: _____

AHV-Nummer: _____

Hausarzt: _____

Operation:

Eingriff: _____ li re bds

Diagnose: _____

Eintrittsdatum: _____

Operationsdatum: _____ Ambulant Stationär

Schnittzeit: _____ geplante OP-Dauer: _____ geplante Hosp.-Dauer: _____

Lagerung: _____ Assistenz: _____ Anzahl ÜWR-Nächte: _____

RL BL SSL Da Vinci HWS

SL Beachchair andere: _____

Blutsperre Blutleere BV 3D Mikroskop

Spez. Instrumentarium/Implantate/Einwegartikel:

Ja Nein Vertreter anfordern _____

welches: _____

Cell Saver Ja Nein

Type & Screen Ja Nein

EC bestellen Ja Nein Anzahl EC-Konzentrate: _____

Medizinische Informationen

Nebendiagnosen: _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

Grösse: _____ Gewicht: _____

Verordnungen

Behandlung nach Schema: Ja Nein

Spezielles: Diät: _____ Physiotherapie während Aufenthalt gem. sep. Verordnung

Austrittsplanung

Anschlussprogramm: Ja Nein Reha Erholungskur

Organisiert durch: Klinik Praxis

Spitex: Ja Nein

Organisiert durch: Klinik Praxis

Datum _____ Einweisender Arzt / Stempel _____