

Anmeldung für chirurgische Patienten

Belegarzt:
Stempel

(Vom Arzt auszufüllen)

Krankheit Unfall ambulant mit Nacht

Eingriffsdatum: _____ Blutverdünner: ja nein

Frau Herr Geburtsdatum _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Kostenträger: Allgemein Halbprivat Privat Selbstzahler

Krankenkasse: (Allgemein) _____ Vers.-Nr.: _____

Krankenkasse: (Halbprivat/Privat) _____ Vers.-Nr.: _____

Unfallversicherung: _____ Schaden-Nr.: _____

Unfall-Datum: _____

Bei Unfall bitte ebenfalls Krankenkasse und Versicherten-Nummer ausfüllen.

Indikation/Diagnose:
(keine Abkürzungen) _____

Operation/Behandlung:
(keine Abkürzungen) _____

Körperseite: links rechts

Dauer (Schnitt-Naht): _____ Minuten

Der/die Patient/in wurde über die Operation informiert und hat die Einwilligungserklärung unterschrieben.

Anästhesiesprechstunde: ja (nur ankreuzen, falls ein Gespräch vorgängig zum OP-Tag gewünscht wird)

nein

Anästhesie: Lokalanästhesie Anästhesiologische Intervention MAC

Nebendiagnosen: _____

Bemerkungen für OP/Anästhesie: _____

Verordnung für die Station:
(Allergien ausschreiben) _____