

## Patientenanmeldung

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) \_\_\_\_\_