

ANMELDUNG ZUR OPERATION



Coplan _____

Opale _____

Eintrittsdatum ____/____/____ Zeit ____:____ Terminänderung _____

 Stationär Ambulant Patient war schon hospitalisiert? Datum ____/____/____

Name _____ Geburtsdatum ____/____/____

Vorname _____ weiblich männlich

Strasse _____ Tel. Privat _____

PLZ/Ort _____ Tel. Geschäft _____

E-Mail _____ Natel _____

Sprache für Korrespondenz: Deutsch Englisch Sprache _____Begleitperson von Kind (210.00/Nacht) Erwachsener (370.00/Nacht) Anzahl Nächte _____ Krankheit Unfall Unfall-Datum: ____/____/____ Arbeitgeber _____ MV IV IV-Stelle _____ AHV-Nr. 756. _____

Grundversicherung _____ Pol.-Nr. _____

Zusatzversicherung _____ Pol.-Nr. _____

 Privat Halbprivat Allgemein 1er-Zimmer 2er-ZimmerSelbstzahler: Pauschale Depot CHF _____ Frist: _____ KV vom: _____

OP-Datum ____/____/____ Zeit ____:____ OP-Dauer _____

Operateur _____ Assistent _____

Diagnose _____

Operation _____

ICD-10 _____ CHOP _____

Bei orthopäd. Eingriffen: Ist beim Patient eine implantierte Endoprothese vorhanden? Nein Ja rechts links

Instrumentarium/Implantate: _____

_____ Lagerung _____

Austritt geplant ____/____/____ Effekt. Austritt (Reception) ____/____/____ Zeit ____:____

 Allgemeinanästhesie Regionalanästhesie LA mit Ue Keine präoperativen Abklärungen notwendig Patient lehnt Blut/Blutprodukte ab Präoperative Abklärungen gemäss Algorithmus werden durch uns veranlasstAllergien / Sonstiges _____ Infektiöse Krankheiten/CAVEPräoperative Verordnung _____ Labor EKG RöntgenPflegebedürftigkeit Ja Nein BMI (Gewicht/Grösse) _____

Datum ____/____/____ Absender / Unterschrift _____

Formular per Mail an: disposition@pyramide.ch (Aus Datenschutzgründen die Mails bitte mit HIN-Verschlüsselung senden)