



- Stationär
 Amb. mit Bett
 Amb. ohne Bett → Tarmed-Block/-Ziffer:
 Selbstzahler

Personalien Patientin/Patient

Name, Vorname		(bei Kindern auch Vorname des Vaters/der Mutter)
Strasse, Hausnummer		Telefon Privat
PLZ, Ort		Telefon Geschäft
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Krankenkasse/Versicherung		
VeKa-Nr.		Versicherten-Nr.
Zusatzversicherung		
VeKa-Nr.		Versicherten-Nr.
<input type="checkbox"/> Private Abt. (1-Bett-Zi.)	<input type="checkbox"/> Halbprivate Abt. (2-Bett-Zi.)	<input type="checkbox"/> Allgemeine Abt. (Mehrbett-Zi.)
<input type="checkbox"/> Krankheit (KVG)	<input type="checkbox"/> Unfall über KVG	<input type="checkbox"/> MV (MVG)
	<input type="checkbox"/> Unfall über UVG	Unfalldatum: <input type="checkbox"/> IV (IVG)

Vorgesehene Operation/Behandlung

Einweisende/r Ärztin/Arzt (Operateur)		Eintrittsdatum
OP-Datum	OP-Dauer	Aufenthaltsdauer in Tagen
Hauptdiagnose/Nebendiagnosen		ICD-10
.....	
.....	
Operationen/Behandlungen		CHOP
.....	
.....	
Besonderes (Implantate/Osteosynthesematerial/etc.)		<input type="checkbox"/> Seitenlage <input type="checkbox"/> Rückenlage <input type="checkbox"/> Seitenlage MIS <input type="checkbox"/> Rückenlage MIA <input type="checkbox"/> Bauchlage <input type="checkbox"/> Röntgen BV <input type="checkbox"/> Beach-chair <input type="checkbox"/> Gips <input type="checkbox"/> Steinschnittlage <input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> MAC (Stand-by)	<input type="checkbox"/> iv-Block
<input type="checkbox"/> Regional-Anästhesie	<input type="checkbox"/> Obturatorius	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li
<input type="checkbox"/> Allgemein-Anästhesie		

Präoperative Massnahmen

Hausarzt	<input type="checkbox"/> stationäre Rehabilitation medizinisch indiziert
<input type="checkbox"/> Eigenblut <input type="checkbox"/> Fremdblut Beutel	<input type="checkbox"/> Antibiotika
<input type="checkbox"/> Anästhesie-Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Thromboseprophylaxe
<input type="checkbox"/> Einschränkung im Bereich Konzentrations-/Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit	
Medikamente/Allergien/Besonderes	
.....	

Datum

Unterschrift der/des Ärztin/Arztes