

# ANMELDUNG

(Bei stationären Fällen der ambulanten Liste Ausnahmekriterien beilegen)

Klinik  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Patientenetikette** oder

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



## PATIENTENANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Name/Vorname der Eltern (Bei Minderjährigen)
Mobile	Telefon Privat	Telefon Geschäft	E-Mail
Strasse / Nummer	PLZ/Ort	Land	Nationalität
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbekannt	Sozialversicherungs-Nr.	Korrespondenz <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
<b>Eintritt von</b> <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Zuhause + Spitex <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Altersheim <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> anderes Spital <input type="checkbox"/> Strafvollzug <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> unbekannt	<b>Geplante Reha/Kur nach Austritt</b> <input type="checkbox"/> Casemanagement organisieren <b>Wunschort</b> _____		
<b>Eintritt aufgrund</b> <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Verlegung < 24 h	<b>Fallart</b> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Allg. grundvers. <input type="checkbox"/> Allg. ganze Schweiz	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweitbettzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Klassenwechsel von _____ auf _____ <input type="checkbox"/> Komfortzuschlag
Grundversicherung KVG	Versicherten-Nummer	VEKA-Nr. (20-Stellen)	
Zusatzversicherung VVG	Versicherten-Nummer		
Grundversicherung UVG/IV/MV	Schaden-Nr./Verfügungs-Nr.	Unfalldatum	
Zusatzversicherung Unfall	Schaden-Nr.	Name Arbeitgeber	PLZ/Ort
Anmeldende Belegarztpraxis	Datum		

## Eintritt und OP

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_  Vortag      Dauer Aufenthalt Tage: \_\_\_\_\_

OP-Datum \_\_\_\_\_ OP-Uhrzeit \_\_\_\_\_ OP-Dauer (SNZ Min.) \_\_\_\_\_ Nüchtern  ja  nein

Operateur \_\_\_\_\_ Assistenz \_\_\_\_\_

## MEDIZINISCHE / CHIRURGISCHE ANGABEN

ICD-10 GM      Eintrittsdiagnose  
\_\_\_\_\_  links    rechts    bds.

ICD-10 GM      Nebendiagnosen  
\_\_\_\_\_  links    rechts    bds.  
\_\_\_\_\_  links    rechts    bds.

## OPERATION / BEHANDLUNG

CHOP      Behandlung / Therapie  
\_\_\_\_\_  links    rechts    bds.  
\_\_\_\_\_  links    rechts    bds.  
\_\_\_\_\_  links    rechts    bds.  
\_\_\_\_\_  links    rechts    bds.

Spezielles (Implantate, spezielle Geräte etc.)  
\_\_\_\_\_

**Lagerung**  
 RL    SL links    SL rechts    BL    SSL    BC    Sitzend    \_\_\_\_\_

**Geräte**  
 IORT    POLESTAR    Bildverstärker    Mikroskop    Turm    Laser    Neuronavigation  
 Da Vinci    Cellsaver    Patho/SS    \_\_\_\_\_

**Saal**  
 HKL    Hybrid    EPU    NeuroSuite    OSU

**Anästhesieform:**  
 Allgemein-/Teilanästhesie    Sedoanalgesie    LA

Aufenthalt postoperativ:      IPS-Aufenthalt:  ja    nein      ÜWS-Nacht:  ja    nein

# ANMELDUNG

Klinik

**Patientenetikette** oder

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



- Anästhesiegespräch:**
- Vortageseintritt:** (Premedikation auf der Bettenstation)
  - Optionale Anästhesiesprechstunde bei speziellen Fragestellungen
  - Nüchtereintritt:**  Ambulante Anästhesie-Sprechstunde
  - Telefonische Anästhesie-Sprechstunde (ASA 1+2, OP-Risiko  $\leq$  B, hat Internet-Zugang, spricht Deutsch)

**Internistische Mitbetreuung**  ja (Innere/MES)  andere  nein

Insbesondere bei: limitierender Pneumopathie / Kardiopathie; mindestens mittelschwerer Niereninsuffizienz; mit Insulin behandeltem Diabetes mellitus; oraler Antikoagulation; Leberzirrhose; Anorexie; Adipositas >Grad 2

**Präoperative Abklärungen erforderlich**  nein  ja, durch

**Isolationspflichtige Krankheiten**

**Allergien**

Spitalaufenthalt im Ausland in den letzten 3 Monaten vor Eintritt  Wenn ja, wo

Grösse  cm Gewicht  kg BMI   Zeugen Jehovas

Gewünschte Untersuchungen nach Eintritt

Spezielle Wünsche / Bemerkungen (Behinderungen etc.)

Mitbehandl. Arzt (MCC)  Zuweiser

Hausarzt  Selbstzuweiser

**Codierrelevante Nebendiagnosen**

**Kardiologie**

- I50.19 Linksherzinsuffizienz
- I50.01 Global- / Rechtsherzinsuffizienz
- I11.90 Hypertensive Herzkrankheit
- I20.8 Angina pectoris
- I25.19 Arteriosklerotische Herzkrankheit
- Chronisches Vorhofflimmern
- I42.9 Kardiomyopathie
- I35.0 Aortenklappenstenose
- I35.1 Aortenklappeninsuffizienz
- I34.0 Mitralklappeninsuffizienz
- I44.2 AV-Block

**Nephrologie**

- N18.9 Chronische Niereninsuffizienz
- Z99.2 Langzeitabhängigkeit von Dialyse

**Angiologie**

- I80.9 Thrombose, Phlebitis
- I83.0 Varizen mit Ulzeration
- I70.23 Arteriosklerose Extremitätenart.
- I71.9 Aortenaneurysma

**Pneumologie**

- J44.9 COPD
- J47 Bronchiektasen
- J81 Lungenödem
- J90 Pleuraerguss
- J93 Pneumothorax
- I26.9 Lungenembolie

**Neurologie**

- F00.9 Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- G20.90 Primäres Parkinson-Syndrom
- G81.9 Hemiparese / Hemiplegie
- I63.9 Hirninfarkt
- I67.10 Zerebrales Aneurysma
- I66.9 Verschluss / Stenose zerebr. Arterien

**Onkologie**

- C80 Bösartige Neubildung / Karzinom
- C79.88 Metastasen
- D63 Tumoranämie
- R64 Tumorkachexie
- D61.10 Aplastische Anämie n. Chemoth.

**Endokrinologie**

- E10.90 Diabetes mellitus, Typ 1
- E11.90 Diabetes mellitus, Typ 2
- E66.99 Adipositas
- E05.9 Hyperthyreose
- E46 Mangelernährung
- E87.6 Hypokaliämie
- E20.9 Hyperparathyreoidismus
- E53.8 Vitamin-B-12-Mangel
- E24.9 Cushingssyndrom

**Pflegerelevante Diagnosen**

- L89.99 Dekubitus
- R15 Stuhlinkontinenz
- R32 Harninkontinenz
- R47.0 Dysphasie / Aphasie
- Z21 HIV
- Z22.3 / U80.4 ESBL
- Z22.3 / U80.00 MRSA