

ANMELDUNG

Klinik

Patientenetikette oder

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



PATIENTENANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Name/Vorname der Eltern (Bei Minderjährigen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobile	Telefon Privat	Telefon Geschäft	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse / Nummer	PLZ/Ort	Land	Nationalität
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbekannt	Sozialversicherungs-Nr. <input type="text"/>	Korrespondenz <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
Eintritt von <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Zuhause + Spitez <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	Geplante Reha/Kur nach Austritt <input type="checkbox"/> Casemanagement organisieren Wunschort <input type="text"/>		
Eintritt aufgrund <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Verlegung < 24 h	Fallart <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"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer <input type="checkbox"/> Klassenwechsel von <input type="text"/> auf <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer <input type="checkbox"/> Komfortzuschlag
Grundversicherung KVG	Versicherten-Nummer	VEKA-Nr. (20-Stellen)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Zusatzversicherung VVG	Versicherten-Nummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Grundversicherung UVG/IV/MV	Schaden-Nr./Verfügungs-Nr.	Unfalldatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Zusatzversicherung Unfall	Schaden-Nr.	Name Arbeitgeber	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anmeldende Belegarztpraxis	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>

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-/Teilnästhesie 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 ≤ 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
- I48.11 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 Cushingsyndrom

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