VASC ALLIANCE
Berner Zentrum für Gefässmedizin und Interventionen

HIRSLANDEN
KLINIK BEAU-SITE

KONTAKT:
angio.beau-site@hirslanden.ch
T: +41 (0)31 335 36 69

ANMELDUNG PICC-KATHETER

STAMM- UND KONTAKTDATEN DES PATIENTEN/DER PATIENTIN:

Name: _____ Mail-Adresse: _____
Vorname: _____ Telefonnr.: _____
Strasse/Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
PLZ/Ort: _____ ☐ weiblich ☐ männlich

Einlage auf welcher Seite?
☐ rechts
☐ links
☐ egal

Anzahl Lumen
☐ 1
☐ 2

☐ **Nur PICC-Kontrolle**

Diagnose: _____

Indikation PICC-Einlage/-Kontrolle: _____

INR: _____ Datum: _____
Tc: _____ Datum: _____
Tc-Aggregationshemmer/OAK: _____

Floride Infektion: ☐ Ja → **Diagnose:** _____
Bereits Antibiotika? ☐ Ja
Vorgängige PICC-Implantation? ☐ Ja → **Wo und wann?** _____
Brachiocephale Venenthrombose bekannt? ☐ Ja → **auf welcher Seite?** ☐ rechts ☐ links
Rx-Bilder im Synedra vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein
Kann Patient/-in flach liegen? ☐ Ja ☐ Nein

ZUSTÄNDIGKEIT:
Zuweisender Arzt: _____
Klinik/Abteilung: _____
Gewünschtes Datum der Einlage/Kontrolle:
_____

ART DES AUFENTHALTES:
☐ Patient/-in soll ambulant aufgeboten werden
☐ Patient/-in ist stationär
☐ Patient/-in hat Nachfolgetermin, Datum/Uhrzeit/Ort:
_____

BEMERKUNGEN (SCHWANGERSCHAFT, FREMDSPRACHEN, ETC.):
_____
_____
_____

BC_f-3 Pat.admin – Eintritt

SENDEN

06/24 KROMER PRINT AG