

ANMELDUNG

Klinik TK Bellaria

HIRSLANDEN



KLINIK IM PARK

Klinik im Park

Patientendisposition | Seestrasse 220 | 8027 Zürich

T 044 209 22 11 | F 044 209 25 00

patientendisposition.impark@hirslanden.ch

PATIENTENANGABEN

Name	Vorname (gemäss amtlichen Dokumenten)	Mobile
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Name und Vorname der Eltern (gemäss amtlichen Dokumenten)	Telefon Geschäft
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse / Nummer	PLZ / Ort	Telefon Privat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AHV-Nummer (SV-Nummer)	Geschlecht	Korrespondenz
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I

Eintritt von

zu Hause Altersheim Pflegeheim anderem Spital Verlegung <24 h

Austritt nach / in

Hause Altersheim Pflegeheim anderes Spital Reha

Krankheit Privat stationär Einzimmer Selbstzahler
 Unfall Halbprivat ambulat Zweierzimmer Pauschalofferte
 Allg. grund-versichert Dreierzimmer Komfortzuschlag

Grundversicherung KVG	Versicherten-Nummer	VEKA-Nummer (20-stellig)	Ablaufdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zusatzversicherung VVG	Versicherten-Nummer	VEKA-Nummer (20-stellig)	Ablaufdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grundversicherung UVG/IV/MV		Unfall-/IV-/MV-Nummer	Unfalldatum
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zusatzversicherung UVG/IV/MV		Unfall-/IV-/MV-Nummer	Arbeitgeber
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mitbehandelnder Arzt (für Freischaltung MCC)		Hausarzt	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

MEDIZINISCHE/CHIRURGISCHE ANGABEN

ICD-10 GM	Eintrittsdiagnose	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> bds.
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
ICD-10 GM	Nebendiagnose	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> bds.
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Kardiologie

- I50.19 Linksherzinsuffizienz
- I50.01 Global- / Rechtsherzinsuffizienz
- I11.90 Hypertensive Herzkrankheit
- I20.8 Angina pectoris
- I25.19 Arteriosklerotische Herzerkrank.
- I48.11 Chronisches Vorhofflimmern
- I42.9 Kardiomyopathie
- I35.0 Aortenklappenstenose
- I35.1 Aortenklappeninsuffizienz
- I34.0 Mitralklappeninsuffizienz
- I44.2 AV-Block

Pneumologie

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

Neurologie

- F00.9 Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- G20.90 Primäres Parkinson-Syndrom
- G81.9 Hemiparese/Hemiplegie

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

Nephrologie

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

Angiologie

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

Neurologie (Fortsetzung)

- I63.9 Hirninfarkt
- I67.10 Zerebrales Aneurysma
- I66.9 Verschluss/Stenose zere. Arterien

Onkologie

- C76.7 Bösartige Neubildung / Karzinom
- C79.88 Metastasen
- D63 Tumoranämie
- R64 Tumorkachexie

Pflegerelevante Diagnosen

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

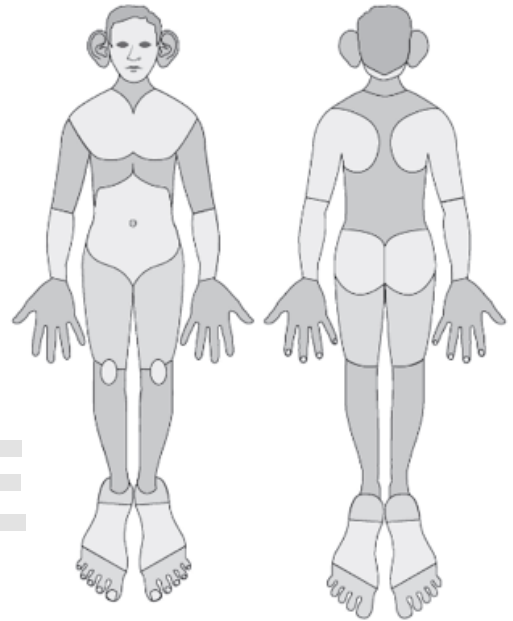
Eintritt

Datum Eintritt _____ Vortag
 Tage Dauer Aufenthalt

MARKIERUNGORT EINGRIFFSORT

Bitte Eingriffsort mit x markieren
 keine Markierung nötig

- OP-Vorbereitung nach Schema
- Perioperative Antibiose _____
- Thromboseprophylaxe keine
- Fraxiparine _____ ml sc. _____ Uhr
- Xarelto _____ ml sc. _____ Uhr
- Fragmin _____ ml sc. _____ Uhr
- Andere _____ ml sc. _____ Uhr
- Kostform Nüchtern _____
- Hinweise für die Pflege Bettverlängerung gewünscht _____
- mit Begleitperson _____
- Rollstuhl _____ **Spezielles:** _____
- Sonstiges _____ **Spezielles:** _____
- Physiotherapie präoperativ Ja **Spezielles:** _____



OPERATION/BEHANDLUNG

CHOP _____	Behandlung/Therapie _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> bds.
CHOP _____	Nebendiagnose _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> bds.
OP-Datum / OP-Uhrzeit _____	OP-Dauer (Schnitt-/Nahtzeit) _____ Minuten	Operateur _____	Assistenz _____	

Lagerung

- Rückenlage
- Seitenlage links
- Seitenlage rechts
- Bauchlage
- SSL
- mod. SSL
- Beach Chair
- _____

Geräte

- Bildverstärker
- Mikroskop
- Turm
- Cellsaver
- Laser
- Neuronavigation
- Olympusturm
- Handtisch
- Fluoroscanner
- _____

Anästhesie

- durch Anästhesiearzt
- LA mit Überwachung
- LA
- Kurz-Narkose
- Keine Anästhesie

IPS-Aufenthalt

- Ja Nein

AWR-Nacht

- Ja Nein

Allergien

Grösse _____ **Gewicht** _____ **BMI** _____ Zeugen Jehovas

Spezielle Wünsche/Bemerkungen (Behinderungen/Implantate/spez. Geräte etc.)

Präoperative Abklärungen erforderlich Ja Nein

Gewünschte Untersuchungen nach Eintritt _____

Datum _____ Unterschrift _____ Visum Belegarzt: _____