



ANMELDUNG

ZENTRUM FÜR GASTROENTEROLOGIE

ZENTRUM FÜR GASTROENTEROLOGIE
 HIRSLANDEN KLINIK LINDE
 BLUMENRAIN 105
 CH-2501 BIEL
 T +41 32 366 43 62
 MAIL: GASTROENTEROLOGIE.LINDE@HIRSLANDEN.CH

PATIENTENANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Name/Vorname der Eltern (bei Minderjährigen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefon 1	Telefon 2	Telefon Geschäft	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Strasse/Nummer	PLZ/Ort	Land	Nationalität/Heimatort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AHV-Nr.	Geschlecht	Sprache	Zivilstand
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	<input type="text"/>

Fallart	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> stationär (mit Ausschlusskriterien ambulant ¹)	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> ambulant (Zusatzversicherung)
---------	------------------------------------	---	-----------------------------------	---

Eintritt von	<input type="checkbox"/> Zuhause	<input type="checkbox"/> Alters- und Pfleheim	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> anderes Spital	<input type="checkbox"/> Strafvollzug
	<input type="checkbox"/> andere: <input type="text"/>				

Eintritt aufgrund	Klasse	Upgrade
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Allgemein OKP	<input type="checkbox"/> Upgrade A in Hirslanden Préférence CHF 350.00 p./N.
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> keine Pflichtleistung	<input type="checkbox"/> Allg. ganze CH	<input type="checkbox"/> Upgrade A in Hirslanden Privé CHF 550.00 p./N.
<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Teil-Pflichtleistung	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Upgrade HP in Hirslanden Privé CHF 200.00 p./N.
<input type="checkbox"/> UKS <input type="checkbox"/> Privat		

Grundversicherung (Name KK)	Policen-/Kundennummer	VEKA-/Kartenummer (20 Stellen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zusatzversicherung (Name)	Policen-/Kundennummer	VEKA-/Kartenummer (20 Stellen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eintrittsdatum	Aufenthaltsdauer (in Nächten)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

OP-Datum	OP-Dauer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gewünschte Untersuchung

Koloskopie Anoskopie/Rektoskopie Ösophago-Gastro-Duodenoskopie ERCP Leberbiopsie Bronchoskopie

klinische Abklärung anderes

Dringlichkeit

notfallmässig baldmöglichst ½ jährlich jährlich

Arztwahl

Dr. Horváth Dr. Balsiger (b-m-b) Prof. Inauen nach Verfügbarkeit

Anästhesie mit Anästhesiearzt mit Anästhesiepflege

ASA-Klasse 1 (gesund) 2 (leichte Krankheit) 3 (schwere Krankheit) 4 (schwere Krankheit, dekompensiert)

Allergien

Grösse cm Gewicht kg BMI Antikoagulation

Schema (nur auszufüllen durch b-m-b)

Moviprep Plenvu ½ Picoprep anderes

Klinische Angaben/Spezielles

Fragestellung/geplantes Vorgehen

Hausarzt ²	zuweisender Arzt ³	mitbetreuender Arzt ⁴	<input type="checkbox"/> kein Hausarzt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Selbstzuweisung

Datum	Anmeldender behandelnder Arzt (Belegarzt/Vertragsarzt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¹ Zusatzkriterienblatt Ausschlusskriterien (ggf. als Unterkategorie)
² Hausarzt: kann, aber muss nicht zwingend der zuweisende Arzt sein
³ Arzt, der dem behandelnden Arzt (=Belegarzt/Vertragsarzt) zuweist
⁴ Weiterer Belegarzt/Vertragsarzt der Klinik, der den Patienten ebenfalls behandelt

SENDEN