

# ANMELDUNG

**HIRSLANDEN KLINIK LINDE**  
 PATIENTENDISPOSITION  
 BLUMENRAIN 105  
 CH-2501 BIEL  
 T +41 32 366 42 41  
 MAIL: PATIENTENDISPOSITION.LINDE@HIRSLANDEN.CH



## PATIENTENANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Name/Vorname der Eltern (bei Minderjährigen)
Telefon Privat	Mobile	Telefon Geschäft	E-Mail
Strasse/Nummer	PLZ/Ort	Land	Nationalität/Heimatort
AHV-Nr./Sozialversicherungs-Nr.	Geschlecht männlich weiblich divers	Korrespondenzsprache D F I E	Zivilstand

<b>Fallart</b>	stationär	stationär (mit Ausschlusskriterien ambulant <sup>1</sup> )	ambulant	ambulant (Zusatzversicherung)	
<b>Eintritt von</b>	Zuhause anderes Spital unbekannt	Zuhause + Spitex Strafvollzug Rehabilitation	Pflegeheim andere:	Altersheim	Psychiatrie

<b>Geplante Rehabilitation/Kur nach Austritt</b>	Keine Reha/Kur	Case Management org.	Wunschort:
--	----------------	----------------------	------------

<b>Eintritt aufgrund</b>	<b>Klasse</b>	<b>Upgrade</b>	
Krankheit	Selbstzahler	Allgemein OKP	Zimmer-Upgrade
Unfall	keine Pflichtleistung	Allg. ganze CH	Versicherungs-Upgrade von
IV	Teil-Pflichtleistung	Halbprivat	auf
Verlegung < 24 h		Privat	

<b>Grundversicherung KVG</b>	Policen-/Kundennummer	VEKA-/Kartenummer (20 Stellen)	
Zusatzversicherung VVG	Policen-/Kundennummer	VEKA-/Kartenummer (20 Stellen)	
Grundversicherung UVG/IV/MV	Schaden-Nr. / Verfügungs-Nr.	Unfalldatum	
Zusatzversicherung Unfall	Schaden-Nr.	Name Arbeitgeber	PLZ/Ort

<b>Eintrittsdatum</b>	<b>Aufenthaltsdauer (in Tagen)</b>	Vortageseintritt	<b>Nüchtern:</b> ja nein
<b>OP-Datum</b>	<b>OP-Dauer (SNZ Min.)</b>	Operateur	Assistenz 1
			Assistenz 2

## MEDIZINISCHE/CHIRURGISCHE ANGABEN

<b>ICD-10 GM</b>	<b>Eintrittsdiagnose</b>	links	rechts	bds.	
<b>ICD-10 GM</b>	<b>Nebendiagnosen</b>	rezidiv <sup>2</sup>	links	rechts	bds.
		links	rechts	bds.	

## OPERATION/BEHANDLUNG

<b>CHOP</b>	<b>OP/Behandlung</b>	links	rechts	bds.
		links	rechts	bds.
		links	rechts	bds.
		links	rechts	bds.

Schnellschnitt ja nein

Spezielles (Implantate, spezielle Geräte, etc.)

<sup>1</sup> Zusatzkriterienblatt Ausschlusskriterien (ggf. als Unterkategorie)

<sup>2</sup> Nur für Hernien



# ANMELDUNG

## PATIENT

Name

Vorname

Geburtsdatum



BC\_I-3 Patientenadmin. - Eintritt



ST\_4 - Anmeldung

## Lagerung

RL	BL	SSL	Beach Chair	LDP	Extension Ortho/Traum	el. Beinhalter
<b>Halbseitenlage</b>	rechts	links			Extension Hand	
<b>Seitenlage</b>	rechts	links	andere			

## Geräte

BV	Cellsaver	Laser	Mikroskop	Turm
Orthoscan	Ultraschall	Neurostimulator		Argon

## Anästhesie

Allgemein-/Teilanästhesie	Sedoanalgesie/MAC (mit Anästhesist)	LA (ohne Anästhesist)
Antibiotikaprophylaxe	nach Hirslanden-Schema	keine
Aufenthalt postoperativ, IMC über Nacht	ja	nein

## Anästhesiegespräch

Telefonische Anästhesie-Sprechstunde (ASA1-3, OP-Risiko <=B, spricht d, f, e)  
 Ambulante Sprechstunde erwünscht. Grund:  
 Vortageseintritt (Prämedikation auf der Bettenstation)

**Präoperative Abklärungen nach Schema des Anästhesisten erforderlich**    nein    ja, durch

**Isolationspflichtige Krankheiten**    keine    VRE    MRSA    andere

Spitallaufenthalt im Ausland in den letzten 3 Monaten vor Eintritt    wenn ja, wo

## Allergien

Grösse    cm    Gewicht    kg    BMI    Antikoagulation    Zeugen Jehovas

Gewünschte Untersuchungen nach Eintritt

Spezielle Wünsche/Bemerkungen (Einschränkungen etc.)

**Hausarzt<sup>3</sup>**    **zuweisender Arzt<sup>4</sup>**

kein Hausarzt    mitbetreuender Arzt<sup>5</sup>  
 Selbstzuweiser

## Codierrelevante Nebendiagnosen

## keine 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

### Pflegerrelevante Diagnosen

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

Datum

Anmeldende Belegärztin, anmeldender Belegarzt

<sup>3</sup> Hausarzt: kann, aber muss nicht zwingend der zuweisende Arzt sein

<sup>4</sup> Arzt, der dem behandelnden Arzt (=Belegarzt/Vertragsarzt) zuweist

<sup>5</sup> Weiterer Belegarzt/Vertragsarzt der Klinik, der den Patienten ebenfalls behandelt

**SENDEN**