

FAX 032 366 42 64 **ANMELDUNG HOSPITALISATION** E-Mail: patientenaufnahme@kliniklinde.ch
ACHTUNG

Faxe für reguläre Anmeldungen müssen mindestens 5 Tage vor Op/Eintritt vorliegen! Kurzfristige Anmeldungen (< 5 Tage) müssen direkt mit der Patientendisposition (Tel. 032 366 42 51) abgesprochen werden! Anmeldungen für Patienten A/CH / OKP müssen in jedem Fall mit der Patientendisposition (Tel. 032 366 42 51) abgesprochen werden!

PERSONALIEN (bitte in Blockschrift ausfüllen oder Patienten-Etikette der Praxis aufkleben)

Name Vorname Geb-Datum
 Strasse / Nr. PLZ / AHV-Nr.
 Ort:
 Tel. P Tel. G Natel
 eMail:
☐ m ☐ f Zivilstand Nation Sprache ☐ d ☐ f ☐ andere

Zuweisende von wem wurde Ihnen der Patient zugewiesen)

VERSICHERUNGSART ☐ Privat ☐ Halbprivat ☐ Allg. ganze CH ☐ Allgemein/OKP ☐ Selbstzahler

Aufzahlung pro Nacht (ab 01.09.2017):

☐ Upgr. HP auf P Fr. 200.00 ☐ Upgr. A auf HP 350.00 ☒ Upgr. A auf P-Zi Fr. 550.00
☐ Pflichtleistung ☐ Keine Pflichtleistung ☐ Nur zum Teil Pflichtleistung

Geburt Aufzahlung = Formular Anmeldung Geburt

Krankenkasse/UVG Vers. Nr. Karten Nr.
 (Name/Sektion)
 Krankenkasse/Zusatzversicherung Vers. Nr. Karten Nr.
☐ SUVA ☐ MV ☐ IV Sektion Vers. Nr.
 Arbeitgeber

**Voraussichtliches
Eintrittsdatum****OP Datum****Aufenthaltsart:** ☐ Ambulant☐ Stationär**Anzahl Aufenthaltsnächte:****Aufenthaltsgrund:** ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ UKS (Unfallähnliche Körperschädigung)**HOSPITALISATION****Fachgebiet:**
☐ Chiallg ☐ Chihand ☐ Chiortho ☐ Chiuro ☐ Chiotorhin ☐ Chiviszera ☐ Chineuro ☐ PTA

☐ Medinnere ☐ Medgastro ☐ Medonko ☐ Medschmerz ☐ Medkardio ☐ Gynallg ☐ Gebvallg
☐ Andere
☐ Invasive Leistung ☐ Nicht invasive onkologische/palliative Behandlung ☐ Nicht invasive medizinische Behandlung
☐ **Internistische Mitbetreuung erwünscht**
 Haupt-
/Nebendiagnosen
Operationen/Eingriff

ICD Code
10
CHOP

Hauptdiagnose	1. Nebendiagnose	2. Nebendiagnose
Hauptprozedur	1. Nebenprozedur	2. Nebenprozedur

Vorauss. OP-Dauer

Assistenz:

Benötigte

Spezialgeräte

Lagerung

☐ separates Verordnungsblatt folgt (Onkologie/Medizin)

Datum

Unterschrift + Stempel Arzt

Name Vorname Geb. Datum

VERORDNUNGEN**ANÄSTHESIE / OPS**Anästhesiesprechstunde ☐ Ja☐ Nein☐ Allg. Narkose☐ Spinal☐ Spinal + femoral/popliteal☐ Lokal☐ Lokal mit Überwachung**(Separates Anmeldeformular)**☐ Spinal + PCA iv.☐ Septisch☐ Plexus☐ ISB**EINTRITTSVERORDNUNG**☐ Röntgen☐ Thorax☐ Anderes☐ Physiotherapie☐ Liqueminisierung☐ Rehabilitation/Kur **(Separates Anmeldeformular)**☐ EKG☐ Mobilisation☐ Separates Verordnungsblatt folgt☐ Kost, Diät**LABOR**☐ A (Hb, Hk, Lc, Tc, Quick, PTT)☐ Anderes☐ B (Hb, Hk, Lc, Tc, Quick, PTT, Na, K)☐ C (Hb, Hk, Lc, Tc, Quick, PTT, Na, K, Kreatinin, Glukose)☐ Urinstatus☐ Urin Teilstatus☐ Blutgruppe☐ AK Suchtest☐ Bestellung EC-Konzentrate☐ Laborzettel folgt☐ Laborresultate werden mitgebracht☐ Laborresultate werden von Praxis geliefert☐ Siehe KIS**MEDIZINISCHE INFORMATIONEN**☐ Begleitbrief in der Beilage☐ AB-Prophylaxe

Diagnosen

Medikamente

Allergien/Unverträglichkeiten

Gewicht (kg)

Grösse (cm)

Bemerkungen

Datum

Unterschrift + Stempel Arzt