

ANMELDUNG HOSPITALISATION IVF (IN VITRO FERTILISATION)

ACHTUNG:
Faxe für reguläre Anmeldungen müssen 5 Tage vor Op/Eintritt faxen 032 366 42 64!
Kurzfristige Anmeldungen (< 5 Tage) direkt mit der Patientendisposition (Tel. 366 42 51) absprechen!

PERSONALIEN

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

m f Zivilstand: _____ Nation: _____ Sprache: d f
 andere

Strasse Nr.: _____ PLZ Ort: _____

Tel. P: _____ Tel. G: _____ Natel: _____

Zuweiser (d.h. von wem wurde Ihnen der Patient zugewiesen):

Voraussichtliches Eintrittsdatum

Op-Datum

Op-Zeit

Aufenthaltsgrund Krankheit **Selbstzahler** **Depot Fr. 1'000.-**

Fachgebiet für diesen Eingriff: Gynäkologie

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Hauptdiagnose: _____ **ICD Code 10:** Z31.2

Operation: _____ **ICD 9-CM:** Entnahme 65.11 88.79
 Implantation 69.92

vorauss. OP-Dauer: _____ Benötigte Spezialgeräte: _____

Medikamente: _____ Antibiotika: _____

Gewicht/kg: _____ Grösse/cm: _____ Allergien: _____

Bemerkungen: _____

ANÄSTHESIE / OPS

Anästhesiesprechstunde ja nein **(Separates Anmeldeformular!)**

Allg. Narkose Spinal Spinal + PDA Spinal + PCA

Septisch

Lokal Lokal mit Überwachung Plexus Stand by (Remifentanyl)

EINTRITTSVERORDNUNG

Röntgen Thorax Anderes: _____

Physiotherapie Liqueminisierung

EKG Mobilisation

Separates Verordnungsblatt folgt Kost, Diät

Patientendienste (Kur, Heim usw.)

LABOR (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

A (Hb, Hk, Lc, Quick, PTT, BG, Rh. Urin: pH, Eiw, Zu) **B** dito A + Na, K **C** dito B, Kreatinin, BZ, Urinstatus, EKG

Laborzettel folgt Laborresultate werden mitgebracht Laborresultate werden geliefert von Praxis

Datum: _____

Zuweisender Arzt: _____