

FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR HOSPITALISATION

FAX 032 366 42 64

E-Mail: patientenaufnahme@kliniklinde.ch

ATTENTION

Pour les inscriptions classiques, les fax doivent être envoyés au moins 5 jours avant l'opération/l'entrée. Les inscriptions à court terme (< 5 jours) doivent être convenues directement avec le service de gestion des patients (tél. 032 366 42 51)! Les inscriptions des patients A / CH / AOS doivent obligatoirement être convenues avec les services de gestion des patients (tél. 032 366 42 51)!

IDENTITÉ (veuillez compléter en caractères d'imprimerie ou coller l'étiquette des patients du cabinet)

Nom Prénom Date de naissance
 Rue / no NPA, localité N° AVS
 Tél. priv. Tél. pro Portable
 eMail
 h f Etat civil Nationalité Langue a f autre

Personne vous ayant adressé le patient

TYPE D'ASSURANCE Privée Demi-privée Générale CH entière Générale/AOS Patients privés

Supplément par nuit (dès le 01-9-2017):

Upgr. DP à P CHF 200.00 Upgr. G à DP CHF 350.00 Upgr. G à P CHF 550.00
 Prestation obligatoire Prestation non obligatoire Prestation parti. obligatoire

Caisse maladie / LAA (nom / section) Assurance n° N° de carte
 Caisse maladie / Assurance complémentaire Assurance n° N° de carte
 SUVA AM AI Section Assurance n°
 Employeur

Date d'entrée prévue

Date de l'OP

Type de séjour: ambulatoire stationnaire
Nombre de nuitées
Cause de séjour: maladie accident Icaa (lésions corporelles assimilées à un accident)

HOSPITALISATION

Spécialité:

Chi gén Chi main Chiortho Chiuro Chiorhino Chi vicéra Chineuro PTA
 Med int Medgastro Medonko Med douleur Med cardio Gyn gén Obst gén
 Autre
 Prestation invasive Traitement oncologique/palliatif non invasif Traitement médical non invasif

Prise en charge par un médecin interniste souhaitée

Diagnostic principal/secondaire

CIM 10

Diagnostic principal	1. Diagnostic secondaire	2. Diagnostic secondaire
Procédure principale	1. Procédure secondaire	2. Procédure secondaire

Opérations/Intervention

CHOP

Durée de l'OP prévue Assistance:
 Appareils spéciaux nécessaires
 Stockage
 Formulaire d'ordonnance séparé à venir (oncologie/médecine)

Date Signature et tampon du médecin

Nom Prénom Date de naissance

ORDONNANCES

ANESTHÉSIE / BLOC OP

- Consultation Oui Non **(formulaire d'inscription séparé)**
 anesthésie
 Anesthésie générale Spinale Spinale + femoral/popliteale Spinale + PCA iv. Septique
 Locale Locale avec suivi Plexus ISB

DISPOSITIONS D'ENTRÉE

- Radiographie Thorax Autre
 Physiothérapie Administration de liquémine
 Réhabilitation / Cure **(formulaire d'inscription séparé)**
 ECG Mobilisation
 Formulaire d'ordonnance séparé à venir Nourriture, régime

LABOR

- A (Hb, Ht, Lc, Tc, Quick, PTT) Autre
 B (Hb, Ht, Lc, Tc, Quick, PTT, Na, K)
 C (Hb, Ht, Lc, Tc, Quick, PTT, Na, K, créatinine, glucose)
 Analyse d'urine Test urinaire par bandelettes
 Groupe sanguin Antiglobuline Commande de concentrés d'érythrocytaires
 Fiches d'analyses à venir Les résultats d'analyses sont apportés Les résultats d'analyses sont fournis
- voir KIS

INFORMATIONS MÉDICALES

- Courrier d'accompagnement en annexe
 Prophylaxie antibiotique

Diagnostics

.....

.....

Médicaments

.....

.....

Allergies/intolérances

Poids (kg) Taille (cm)

Remarques

.....

.....

Date Signature et tampon du médecin