

## Anmeldung für chirurgische Patienten

Belegarzt:  
Stempel

(Vom Arzt auszufüllen)

Krankheit       Unfall       Nichtpflichtleistung       ambulant       mit Nacht

Eingriffsdatum: \_\_\_\_\_ Blutverdünner:  ja  nein

Frau       Herr      Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Kostenträger:  Allgemein  Halbprivat  Privat  Selbstzahler

Krankenkasse: (Allgemein) \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: (Halbprivat/Privat) \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Unfallversicherung: \_\_\_\_\_ Schaden-Nr.: \_\_\_\_\_

Unfall-Datum: \_\_\_\_\_

**Bei Unfall bitte ebenfalls Krankenkasse und Versicherten-Nummer ausfüllen.**

Indikation/Diagnose: \_\_\_\_\_

(keine Abkürzungen) \_\_\_\_\_

Operation/Behandlung: \_\_\_\_\_

(keine Abkürzungen) \_\_\_\_\_

Körperseite:  links  rechts ICD-Code: \_\_\_\_\_

Dauer (Schnitt-Naht): \_\_\_\_\_ Minuten

Der/die Patient/in wurde über die Operation informiert und hat die Einwilligungserklärung unterschrieben.

Anästhesie:  Lokalanästhesie  Anästhesiologische Intervention  MAC

**Die untenstehenden Angaben werden für das vorgängige Anästhesie-Aufklärungsgespräch gem. Richtline der SSAPM und in Ergänzung zum Thieme-Aufklärungsbogen benötigt. Besten Dank für Ihre Mitarbeit.**

Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Vorherige Operationen: \_\_\_\_\_

Bemerkungen für OP/Anästhesie: \_\_\_\_\_

Verordnung für die Station: \_\_\_\_\_  
(Allergien ausschreiben) \_\_\_\_\_

Bitte per E-Mail an [empfang@mz-brugg.ch](mailto:empfang@mz-brugg.ch) / [mzb@hin.ch](mailto:mzb@hin.ch). Besten Dank.