

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. Richtlinie 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 / mzb@hin.ch. Besten Dank.