

Anmeldung für chirurgische Patienten

Belegarzt:
Stempel

(Vom Arzt auszufüllen)

Krankheit Unfall ambulant mit Nacht

Eingriffsdatum: _____ Blutverdünner: ja nein

Frau Herr Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____ ICD-Code: _____

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

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 SGART 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 oder faxen an 056 462 61 62. Besten Dank.