

## OP-Anmeldung

**Patient / Patientin** (intern grosse Patientenetikette aufkleben)

Name	Adresse
Vorname	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Telefon-Nr.
Hausarzt (Name u. Ort)	

### Präoperative Abklärung

<input type="checkbox"/> Stationär	<input type="checkbox"/> Eintritt Vortag (mit stationärer Voruntersuchung)
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Eintritt OP-Tag
(Termin für präop. Anästhesieaufklärung wird durch uns geplant)	
Bemerkungen	

### Eintrittsdiagnose

Krankheit	Krankenkasse
Unfall	Unfallversicherung
Geburtshilfe	Versicherungsklasse
ICD / CHOP-Code	
Verweildauer	

### Operation

Diagnose			Allergien		
Freies Textfeld für die Eingriffe (z.B. Körperstelle, Segment etc.)			LA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Anästhesie Standby	
			Dauer	Min	
Vorgesehener Eingriff	Chirurgie (Laparoskopisch)		Lagerung		
	Chirurgie (Offen)		Antibiose <input type="checkbox"/> Kefzol 2 g <input type="checkbox"/> Co-Amoxi 2.2 g <input type="checkbox"/> Metronidazole 500 mg andere:		
	Chirurgie (Andere)				
	Gefässchirurgie	19T			
	Gyn. / Geburtshilfe	19T			
	HNO	19T			
	Kardiologie	19T	BV		
	Neuro-/ WS- Chirurgie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	AA	Testblut
Ortho / Trauma			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Uro-Gynäkologie	19T	Bemerkungen			
Urologie	19T				
Seite	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits		Wunschtermin		
Benötigtes Material					
OP-Einverständniserklärung	<input type="checkbox"/> unterzeichnetes Original/Kopie beigelegt <input type="checkbox"/> wird vom Patienten bis einen Tag vor der OP nachgereicht <input type="checkbox"/> wird vom Operateur noch vor der OP nachgereicht				
Datum	Visum Operateur				

**Kontakt**

Bettendisposition Spital Schiers

Telefon: 081 308 08 72

Fax: 081 308 08 76