Spital Herisau
Appenzell Ausserrhoden

Einweisungsformular / OP-Anmeldung

Kontakt:
Tel. 071 353 23 11
E-Mail: opdispo@svar.ch

Patientendaten oder Patientenkleber

Name des Patienten: …….. Geb. Dat: ……..

Adresse: ……

Telefon privat: …….. Tel. Geschäft: ..…… Tel. Natel: ……..

Kostenträger/ Sektion: …… Versicherungsnummer: ……..

☐ Chirurgie ☐ Orthopädie ☐ Medizin ☐ Frauenklinik

☐ Krankheit ☐ Unfall

☐ Stationär ☐ Hospitalisationsdauer ……. Tage

☐ Allg.Wohnkanton ☐ Allg. CH ☐ Halbprivat ☐ Privat

☐ Albergo 2 / 2er Zi ☐ Albergo 1 / 1er Z ☐ Selbstzahler

☐ ambulant Praeoperative Abklärung……

Chirurgischer Status ☐ja / ☐nein Anästhesie ☐ ja / ☐nein

Operation

Diagnose: ……..

Geplanter Eingriff: ……..

……

Seite: ☐ Links ☐ Rechts Dauer: …… Minuten

Instr. / Impl. / Firma: …….. Vertreter: ……

Nebeneingriff: ……..

Lagerung: ☐Rücken / ☐Bauch / ☐Beach Chair / ☐Seite li – re / ☐Steinschnitt
☐RL mit Handtisch / ☐Extension / ☐Stiefel / ☐Beine gespreizt / ☐Stuhler

Operateur: …… Gast: ……

Turm: ☐ ja ☐ nein BV: ☐ ja ☐ nein

Blutsperre: ☐angelegt ☐ausgewickelt ☐steril ☐ keine

Allergien: ☐keine ☐ Ja: ……..

Anästhesie Anästhesiewunsch: ☐LA ☐LA+ ☐ IVRA ☐ Plexus ☐ AA S☐ SA

Fragmin ☐ja ☐nein **Liquemin** ja ☐ nein ☐

Blut: ☐T + S ☐ Antibiotika: ☐nein ☐ja ……

Urinableitung: ☐ keine ☐ vorhanden ☐DK ☐Cystofix

Termin **Wunschtermin Eintritt: ……** **Wunschtermin Operation: ……**

Eintritt: ☐ Vortag ☐ nüchtern

Datum Einweisender Arzt: …… Visum: ……..

Senden

E-Mail: opdispo@svar.ch