

## Anmeldung OP

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

Strasse: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon P: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich \_\_\_\_\_  
Telefon G: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ Operationsdatum: \_\_\_\_\_

Zeit: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

### Versicherung

Grundversicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versichertenkartennummer: \_\_\_\_\_

Allgemein Wohnkanton  Allgemein ganze Schweiz  Halb-Privat  Privat  Selbstzahler  
 Krankheit  Unfall

### Aufenthaltsdauer

ambulant  ambulant mit Bett  stationär, Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_

### Vom Operateur gewünschte Anästhesieart

Allgemeinanästhesie  MAC (Monitored Anaesthesia Care)  Regionalanästhesie  
 Lokalanästhesie (ohne stand by)

Hygieneklasse:  aseptisch  infiziert  Problemkeim

Diagnose Text:

Operation Text:

ICD-10: \_\_\_\_\_

OP-Dauer: \_\_\_\_\_

ICD-9: \_\_\_\_\_

Präoperative AB-Prophylaxe

Bemerkung:

### **Spezielle medizinische Risikofaktoren/Nebendiagnosen**

---

### **Präoperative Abklärungen (gemäss Hausarztformular)**

---

- keine notwendig    Patient zum Hausarzt geschickt  
 wird in der Praxis des zuweisenden Operators gemacht, bzw. erfasst

### **Anästhesiefragebogen**

---

- dem Patienten/der Patientin mitgegeben    muss mit Aufgebot zusammen geschickt werden

### **Klinikprospekt**

---

- dem Patienten/der Patientin mitgegeben    muss mit Aufgebot zusammen geschickt werden

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden sie das ausgefüllte PDF an [op.planung@pallas-kliniken.ch](mailto:op.planung@pallas-kliniken.ch)

### **Pallas Kliniken AG**

Louis Giroud-Strasse 20, 4600 Olten, Tel. 0844 555 000, [op.planung@pallas-kliniken.ch](mailto:op.planung@pallas-kliniken.ch), [www.pallas-kliniken.ch](http://www.pallas-kliniken.ch)