|  |
| --- |
| **Wunschdaten** |
| Eintrittsdatum: |       | OP-Datum: |       |
|  |
| **Personalien** |
| Name: |       | Geburtsdatum: |       | Tel. P.: |       |
| Vorname: |       |  |  | Tel. G.: |       |
| Strasse: |       | Natel: |       |
| PLZ/Ort: |       | Name des gesetzlichen Vertreters: |       |
|  |
| **Versicherung**  |
| [ ]  Allgemein | [ ]  Halbprivat | [ ]  Privat |
| [ ]  Krankenkasse  | [ ]  UVG/MV/IV | Name Versicherung und Versicherungsnummer:       |
| [ ]  Zusatzversicherung  | [ ]  Selbstzahler |
|  |
| **Zuweisungsdaten** |
| [ ]  Krankheit | [ ]  Unfall | [ ]  Wochenbett | [ ]  Notfall | [ ]  Wahleintritt |
| [ ]  ambulant | [ ]  stationär | [ ]  Hosp.-Dauer:       Tage |
| [ ]  Medizin | [ ]  Chirurgie | [ ]  Geburtshilfe-Gynäkologie |
| [ ]  Neurochirurgie | [ ]  Orthopädie | [ ]  Ophthalmologie |
| [ ]  Urologie | [ ]  ORL | [ ]  Zahnarzt |
| Eintrittsdiagnose: |       |
| Eingriff und Eingriffsdauer: |       |
| [ ]  Anästhesie-Sprechstunde im KSOW[ ]  Tel. Anästhesie-SprechstundePat. erreichbar unter Tel.-Nr.:       | Präoperative Abklärungen:[ ]  siehe Beilage[ ]  erfolgen durch:      [ ]  Antikoagulation:       |
| **[ ]** AB – Antibiotika: [ ]  Bactrim [ ]  Kefzol [ ]  Co-Amoxizillin [ ]  Andere:      **[ ]** AT - Armtisch [ ]  BS - Blutsperre [ ]  ET - Extensionstisch [ ]  RL - Rückenlage[ ]  BC - Beach Chair [ ]  BV - Bildwandler [ ]  HB - hängendes Bein [ ]  SSL - Steinschnittlage[ ]  BL - Bauchlage [ ]  EB - Eigenblut [ ]  KR - Knierolle [ ]  SL - Seitenlage [ ]  FB - Fremdblut [ ]  LH - Legholder [ ]  SP - Schiebeplatte |
| Hausarzt:       |
| Datum:       | Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes: |