|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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-Sprechstunde Pat. 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: | | | | |