

ANMELDUNG

(Bei stationären Fällen der ambulanten Liste Ausnahmekriterien beilegen)

Klinik Stephanshorn
Brauerstrasse 95
CH-9016 St. Gallen

T +41 71 282 71 11 | F +41 71 282 71 48
dispo.stephanshorn@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch

Patientenetikette oder

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



BC_F-3 Patientenadmin. - Eintritt



ST_4 - Anmeldung

PATIENTENANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht
Strasse / Nummer	PLZ	Ort	Land
Telefon	Telefon	Telefon	E-Mail
Sozialversicherungs-Nr.	Korrespondenz	Name/Vorname der Eltern (bei Minderjährigen)	
<input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I			

Eintritt von	<input type="checkbox"/> Zuhause	<input type="checkbox"/> Zuhause + Spitex	<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Altersheim	<input type="checkbox"/> Psychiatrie
	<input type="checkbox"/> Anderes Spital	<input type="checkbox"/> Strafvollzug	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Unbekannt	

Geplante Reha/Kur nach Austritt Casemanagement organisieren **Wunschort** _____

Eintritt aufgrund	Fallart	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Stationär	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> Klassenwechsel von _____ auf _____
<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Allg. grundvers.	<input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	<input type="checkbox"/> Komfortzuschlag
<input type="checkbox"/> Verlegung < 24 h		<input type="checkbox"/> Allg. ganze Schweiz		

Grundversicherung KVG	Versicherten-Nr.	VEKA-Nr. (20 Stellen)
Zusatzversicherung VVG	Versicherten-Nr.	
Grundversicherung UVG / IV / MV	Schaden-/Verfügungs-Nr.	Unfalldatum
Zusatzversicherung Unfall	Schaden-Nr.	Arbeitgeber

Eintritt und OP			<input type="checkbox"/> Vortag	Dauer Aufenthalt Tage		Nüchtern <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Eintrittsdatum	Zeit			OP-Dauer (SNZ Min.)		
OP-Datum	OP-Uhrzeit			Assistenz		
Operateur						

MEDIZINISCHE / CHIRURGISCHE ANGABEN

ICD-10 GM	Eintrittsdiagnose	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> bds.
ICD-10 GM	Nebendiagnosen	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> bds.
		<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> bds.

OPERATION / BEHANDLUNG

CHOP	Behandlung / Therapie	<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> bds.
		<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> bds.
		<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> bds.
		<input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> bds.

Spezielles (Implantate, spezielle Geräte etc.)

Lagerung	<input type="checkbox"/> RL	<input type="checkbox"/> SL links	<input type="checkbox"/> SL rechts	<input type="checkbox"/> BL	<input type="checkbox"/> SSL	<input type="checkbox"/> BC	<input type="checkbox"/> Sitzend
Geräte	<input type="checkbox"/> IORT	<input type="checkbox"/> POLESTAR	<input type="checkbox"/> Bildverstärker	<input type="checkbox"/> Mikroskop	<input type="checkbox"/> Turm	<input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/> Neuronavigation
	<input type="checkbox"/> Da Vinci	<input type="checkbox"/> Cellsaver	<input type="checkbox"/> Patho/SS				
Saal	<input type="checkbox"/> HKL	<input type="checkbox"/> Hybrid	<input type="checkbox"/> EPU	<input type="checkbox"/> NeuroSuite	<input type="checkbox"/> OSU		
Anästhesieform	<input type="checkbox"/> Allgemein-/Teilanästhesie	<input type="checkbox"/> Sedoanalgesie	<input type="checkbox"/> LA				
Aufenthalt postoperativ	IPS-Aufenthalt: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		ÜWS-Nacht: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein				
Anästhesiegespräch	<input type="checkbox"/> Vortageseintritt: (Premedikation auf der Bettenstation)						
	<input type="checkbox"/> Optionale Anästhesiesprechstunde bei speziellen Fragestellungen						
	<input type="checkbox"/> Nüchtereintritt: <input type="checkbox"/> Ambulante Anästhesie-Sprechstunde						
	<input type="checkbox"/> Telefonische Anästhesie-Sprechstunde (ASA 1+2, OP-Risiko ≤ B, hat Internet-Zugang, spricht Deutsch)						

ANMELDUNG

Klinik Stephanshorn
Brauerstrasse 95
CH-9016 St. Gallen

T +41 71 282 71 11 | F +41 71 282 71 48
dispo.stephanshorn@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch

Patientenetikette oder

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



BC_f-3 Pat.admin -|Eintritt



ST_4-Anmeldung

Thromboseprophylaxe Beginn	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Start präoperativ Abend	<input type="checkbox"/> Start postoperativ
Thromboseprophylaxe Menge	<input type="checkbox"/> Fragmin 2500 E	<input type="checkbox"/> Fragmin 5000 E	<input type="checkbox"/>
Perioperative Antibiotikagabe Standardmedikamente	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Metronidazol 0,5g	<input type="checkbox"/> Cefuroxim nach KG <input type="checkbox"/> Rocephin 2g	<input type="checkbox"/> Ciproxin 0,5g <input type="checkbox"/>

Internistische Mitbetreuung Ja (Innere/MES) Andere Nein

Insbesondere bei: limitierender Pneumopathie / Kardiopathie; mindestens mittelschwerer Niereninsuffizienz;
mit Insulin behandeltem Diabetes mellitus; oraler Antikoagulation; Leberzirrhose; Anorexie; Adipositas >Grad 2

Präoperative Abklärungen erforderlich Nein Ja, durch

Isolationspflichtige Krankheiten

Allergien

Spitalaufenthalt im Ausland in den letzten 3 Monaten vor Eintritt Wenn ja, wo

Grösse cm Gewicht kg BMI Zeugen Jehovas

Gewünschte Untersuchungen nach Eintritt

Spezielle Wünsche / Bemerkungen (Behinderungen etc.)

Mitbehandl. Arzt (MCC)

Zuweiser

Hausarzt

Selbstzuweiser

Codierrelevante Nebendiagnosen

Kardiologie

- I50.19 Linksherzinsuffizienz
- I50.01 Global- / Rechtsherzinsuffizienz
- I11.90 Hypertensive Herzkrankheit
- I20.8 Angina pectoris
- I25.19 Arteriosklerotische Herzkrankheit
- I48.2 Chronisches Vorhofflimmern
- I42.9 Kardiomyopathie
- I35.0 Aortenklappenstenose
- I35.1 Aortenklappeninsuffizienz
- I34.0 Mitralklappeninsuffizienz
- I44.2 AV-Block

Nephrologie

- N18.9 Chronische Niereninsuffizienz
- Z99.2 Langzeitabhängigkeit von Dialyse

Angiologie

- I80.9 Thrombose, Phlebitis
- I83.0 Varizen mit Ulzeration
- I70.23 Arteriosklerose Extremitätenart.
- I71.9 Aortenaneurysma

Pneumologie

- J44.9 COPD
- J47 Bronchiektasen
- J81 Lungenödem
- J90 Pleuraerguss
- J93 Pneumothorax
- I26.9 Lungenembolie

Neurologie

- F00.9 Demenz bei Alzheimer-Krankheit
- G20.90 Primäres Parkinson-Syndrom
- G81.9 Hemiparese / Hemiplegie
- I63.9 Hirninfarkt
- I67.10 Zerebrales Aneurysma
- I66.9 Verschluss / Stenose zerebr. Arterien

Onkologie

- C80 Bösartige Neubildung / Karzinom
- C79.88 Metastasen
- D63 Tumoranämie
- R64 Tumorkachexie
- D61.10 Aplastische Anämie n. Chemoth.

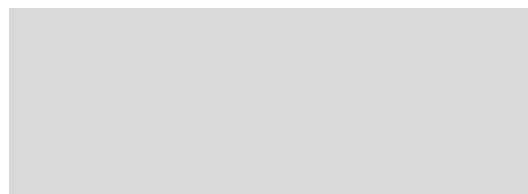
Endokrinologie

- E10.90 Diabetes mellitus, Typ 1
- E11.90 Diabetes mellitus, Typ 2
- E66.99 Adipositas
- E05.9 Hyperthyreose
- E46 Mangelernährung
- E87.6 Hypokaliämie
- E20.9 Hyperparathyreoidismus
- E53.8 Vitamin-B-12-Mangel
- E24.9 Cushingssyndrom

Pflegerrelevante Diagnosen

- L89.99 Dekubitus
- R15 Stuhlinkontinenz
- R32 Harninkontinenz
- R47.0 Dysphasie / Aphasie
- Z21 HIV
- Z22.3 / U80.4 ESBL
- Z22.3 / U80.00 MRSA

BELEGARZTPRAXIS



Datum

Der Knopf zur elektronischen Übermittlung befindet sich am Formularende.

Patient:
Name:
Strasse:
PLZ Ort:
Geburtsdatum:

Belegarzt:

Bitte freilassen
Barcode Labor

Blutentnahme-Datum: Zeit:
Operationsdatum: Bericht erwünscht Tel: Fax:

Diagnose:

Profile	Chemie Einzelanalysen	Urin
<input type="checkbox"/> Eintrittslabor klein: Hämatogramm klein, Kreatinin, Na, K, Glucose, Q (2+3+6) <input type="checkbox"/> Eintrittslabor gross: Hämatogramm gross, Kreatinin, Harnsäure, Calcium, Bilirubin Glucose, Protein, Na, K, CRP, Q (2+3+6) <input type="checkbox"/> Enzymstatus (alk.Phos., GGT, ASAT, ALAT, Amylase pankreasspez.) (6)	<p>Elektrolyte / Metabolite:</p> <input type="checkbox"/> Natrium (6) <input type="checkbox"/> Kalium (6) <input type="checkbox"/> Chlorid (6) <input type="checkbox"/> Calcium (6) <input type="checkbox"/> Phosphat (6) <input type="checkbox"/> Magnesium (6) <input type="checkbox"/> Kreatinin (6) <input type="checkbox"/> Harnstoff (6) <input type="checkbox"/> Harnsäure (6) <input type="checkbox"/> Bilirubin total (6) <input type="checkbox"/> Bilirubin Neugeborene (8) <input type="checkbox"/> Glucose (6)	<input type="checkbox"/> Urinstatus (5) <input type="checkbox"/> Allg. Bakteriologie (9 + separater Auftrag Mikrobio)
Gerinnung		Zusätzliche Analysen präoperativ
<input type="checkbox"/> Pat. antikoaguliert mit: <input type="checkbox"/> Thromboplastinzeit (Quick) (2) <input type="checkbox"/> Part. Thromboplastinzeit (PTT) (2) <input type="checkbox"/> Fibrinogen (2) <input type="checkbox"/> D-Dimer (6) separates Röhrchen!	<p>Enzyme:</p> <input type="checkbox"/> Amylase, pankreasspezifisch (6) <input type="checkbox"/> ALAT (6) <input type="checkbox"/> ASAT (6) <input type="checkbox"/> Alk. Phosph. (6) <input type="checkbox"/> GGT (6) <input type="checkbox"/> LDH (6)	<input type="checkbox"/> TSH (6) <input type="checkbox"/> FT3 (6) <input type="checkbox"/> FT4 (6) <input type="checkbox"/> NT pro BNP (3) <input type="checkbox"/> HCG (6) <input type="checkbox"/> PSA (1) <input type="checkbox"/> CA 15-3 (1) <input type="checkbox"/> CA 125 (1) <input type="checkbox"/> CEA (1) <input type="checkbox"/>
Hämatologie		(1) Vacutainer rot (nativ Röhrchen) (2) Vacutainer hellblau (Citrat-Röhrchen) (3) Vacutainer lila (EDTA Röhrchen) (4) Vacutainer schwarz (5) Vacutainer beige (Urin) (6) Vacutainer grün (Heparin-Röhrchen) (7) Vacutainer grau (Fluorid-Röhrchen) (8) Kapilläre Blutentnahme (9) Vacuette Urine Set (gelb) (10) Vacutainer rot 1x Vacutainer lila 1x Blutgruppenkarte Datum/Uhrzeit Blutentnahme Visum siehe unten
<input type="checkbox"/> Hämatogramm klein: Hb, Hk, Ec, Lc, Thc, Indices (3) <input type="checkbox"/> Hämatogramm gross: Hb, Hk, Ec, Lc, Thc,Indices, 5-Part-Diff automatisch (3) <input type="checkbox"/> Retikulozyten (nur mit Hämatogramm) (3) <input type="checkbox"/> Hämatokrit Neugeborene (8) <input type="checkbox"/> Differenzialblutbild (3) <input type="checkbox"/> Blutsenkung (4)	<p>Proteine:</p> <input type="checkbox"/> Total Protein (6) <input type="checkbox"/> Albumin (6) <input type="checkbox"/> CRP (6) <input type="checkbox"/> Troponin I (6) separates Röhrchen! <p>Lipide:</p> <input type="checkbox"/> Cholesterol (6) <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterol (6) <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterol (6) <input type="checkbox"/> Triglyzeride (6)	
Immunhämatologie		
<input type="checkbox"/> Type + Screen (10) <input type="checkbox"/> Blutgruppe / Rh-Faktor (3) <input type="checkbox"/> Blutgruppe / Rh / DAT Neugeborene (3) <input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest (1)	<p>Eisenstatus:</p> <input type="checkbox"/> Eisen (6) <input type="checkbox"/> Ferritin (6) <input type="checkbox"/> Transferrin (6)	
Schwangere:		
Rhesusprophylaxe durchgeführt am: Blutprodukte: Anzahl Ec.Konz.		
Bluttransfusionen in den letzten 3 Monaten?		
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Bitte ausfüllen!	<p>Diverses</p> <input type="checkbox"/> Liquorblock: Zellen, Glucose, Tot. Protein (steriles Röhrchen +7) <input type="checkbox"/> Schwangerschaftstest <input type="checkbox"/> im Urin (5)	Blutentnahme: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> kapillär <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> Port-a-Cath Durchgeführt durch (Visum):



PATIENT

Vorname, Name: _____ Strasse: _____ PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum: _____	Hauptdiagnose/Nebendiagnose _____ _____ _____
Fallführender Arzt: _____	Allergien: _____

REA-Status

- Ja - volle Reanimation
 Ja - keine mechanische Reanimation
 Nein - keine Reanimation

Patientenverfügung

- Vorhanden
 Nicht vorhanden

Eintrittsmedikation

Medikament	siehe Zuweiserbericht	Mo	Mi	Ab	Na	Bemerkung	Reserve	Pausiert

NEU VERORDNETE MEDIKAMENTE

Medikament	Mo	Mi	Ab	Na	Bemerkung	Reserve	Pausiert

VERORDNUNGEN

Infusionen <input type="checkbox"/> Ringerfundin _____ ml/24h <input type="checkbox"/> NaCl 0.9% _____ ml/24h <input type="checkbox"/> Glucose 5% _____ ml/24h <input type="checkbox"/> _____ ml/24h	Lagerung <input type="checkbox"/> Frei <input type="checkbox"/> Hochlagerung <input type="checkbox"/> Schaumstoffschiene <input type="checkbox"/> Sandsack für _____ h <input type="checkbox"/> Andere _____
Infusionszusätze <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Kost <input type="checkbox"/> Klassisches Menü <input type="checkbox"/> Diabeteskost <input type="checkbox"/> Flüssig <input type="checkbox"/> Flüssig klar <input type="checkbox"/> Nüchtern <input type="checkbox"/> Magenbypass Kost gemixt <input type="checkbox"/> Magenbypass Kost fest <input type="checkbox"/> Andere _____ Trinkmenge <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> max. _____ <input type="checkbox"/> mind. _____
Schmerzinfusion neurochirurgisch um 20 Uhr <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Bei Diabetikern (ohne Fortecortin = Dexamethason) <input type="checkbox"/> Ohne Valium = Diazepam	Blutzucker <input type="checkbox"/> Blutzucker Tagesprofil <input type="checkbox"/> NSS <input type="checkbox"/> Sensitiv <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Resistant <input type="checkbox"/> Schachbrett <input type="checkbox"/> Diabetesberatung anmelden
Antikoagulation <input type="checkbox"/> Fragmin _____ E s.c. _____ /24h <input type="checkbox"/> Marcoumar 3 mg p.o. _____ /24h <input type="checkbox"/> Liquemin s.c. _____ E _____ /24h <input type="checkbox"/> Calciparine s.c. _____ E _____ /24h <input type="checkbox"/> Xarelto Tbl p.o. _____ mg _____ /24h <input type="checkbox"/> Keine Antikoagulation	Spezielle Verordnungen <input type="checkbox"/> Isolation <input type="checkbox"/> Physiotherapie gemäss separater Arztverordnung <input type="checkbox"/> Röntgen gemäss separater Arztverordnung <input type="checkbox"/> Laborkontrolle am _____ Analysewerte _____

Patient:

<p>Inhalation</p> <p><input type="checkbox"/> Inhalation [] 24h mit []</p> <p><input type="checkbox"/> Sauerstoff [] l/min</p> <p><input type="checkbox"/> Eigenes CPAP-Gerät</p>	<p>Schmerzreserve / Fieberreserve</p> <p><input type="checkbox"/> Dafalgan 500 mg/1 g [] /24h/p.o./i.v.</p> <p><input type="checkbox"/> Novalgin 500 mg/1 g [] /24h/p.o./i.v.</p> <p><input type="checkbox"/> Irfen 400 mg/600 mg [] /24h/p.o.</p> <p><input type="checkbox"/> Mephadolor 500 mg [] /24h/p.o.</p> <p><input type="checkbox"/> Xefo 8 mg [] /24h/p.o.</p> <p><input type="checkbox"/> Ecofenac 50 mg [] /24h/p.o.</p> <p><input type="checkbox"/> Tora-Dol 30 mg/ml [] /24h/i.v.</p> <p><input type="checkbox"/> Morphin/Fentanyl nach Schema/s.c./i.v.</p> <p><input type="checkbox"/> Andere []</p>
<p>Überwachung</p> <p><input type="checkbox"/> BD/HF [] /24h</p> <p><input type="checkbox"/> Temperatur [] /24h</p> <p><input type="checkbox"/> Gewicht täglich [] /Woche</p>	<p>Schlafreserve</p> <p><input type="checkbox"/> Temesta exp. 1.0 mg</p> <p><input type="checkbox"/> Temesta exp. 2.5 mg</p> <p><input type="checkbox"/> Dipiperon 40 mg</p> <p><input type="checkbox"/> Zolpidem 10 mg</p> <p><input type="checkbox"/> Remeron 30 mg</p> <p><input type="checkbox"/> Seroquel 25 mg</p> <p><input type="checkbox"/> Andere []</p>
<p>Bilanz</p> <p><input type="checkbox"/> Keine</p> <p><input type="checkbox"/> 24h</p> <p><input type="checkbox"/> Diuresebilanz</p>	<p>Unruhereserve</p> <p><input type="checkbox"/> Haldol 0.2-0.5 mg (= 2-5 Trpf.) p.o. bis max. 2 mg/24h (=20 Trpf.=1 ml) p.o.</p> <p><input type="checkbox"/> Seroquel 25 mg p.o. 3-6x/24h (Gewicht <60 kg und/oder Alter >75 Jahre: 12.5 mg)</p> <p><input type="checkbox"/> Valium 5-10 mg p.o. alle 30 min</p> <p><input type="checkbox"/> Temesta 1 mg, nach 30 min weitere 1 mg</p> <p><input type="checkbox"/> Andere []</p> <p>Bei ausbleibender Besserung immer Info an Belegarzt</p>
<p>Diureselimite</p> <p><input type="checkbox"/> [] ml/ [] h</p> <p>Reserve</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Ringerfundin 500 ml i.v.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Lasix 5 mg i.v.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Info an Arzt</p>	<p>Übelkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg 3x/24h p.o. / i.v.</p> <p><input type="checkbox"/> Droperidol 0.5 mg 3x/24h i.v.</p> <p><input type="checkbox"/> SoluMedrol 40 mg 1x/24h i.v.</p> <p><input type="checkbox"/> Domperidon 10 mg Tbl. [] /24h</p> <p><input type="checkbox"/> Itinerol B6 Supp [] /24h</p> <p><input type="checkbox"/> Andere []</p>
<p>Mobilisation</p> <p><input type="checkbox"/> Vollmobil</p> <p><input type="checkbox"/> Bettruhe</p> <p><input type="checkbox"/> Gelockerte Bettruhe (WWB)</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Belastung</p> <p><input type="checkbox"/> [] kg Teilbelastung []</p> <p><input type="checkbox"/> Andere []</p>	<p>Sonstige Reserven</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber > 38.5°C: siehe Schmerz-/Fieberreserve</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber > 38.5°C: 2x2 Blutkulturen abnehmen</p> <p><input type="checkbox"/> Blutdruck >180 mmHg syst./>100 mmHg:</p> <p>1. Nifedipin ret. 20 mg</p> <p>2. Nitroderm TTS 5 mg</p> <p>3. Info an Arzt</p> <p><input type="checkbox"/> Blutdruck <100 mmHg syst:</p> <p>1. Nitroderm weg falls vorhanden</p> <p>2. Ringerfundin 500 ml i.v. als Kurzinfusion</p> <p>3. Info an Arzt</p> <p><input type="checkbox"/> Herz-SZ: Info an Anästhesie-/Notfallarzt gemäss Brustschmerzschema</p>
<p>Hilfsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> Bauchgurt</p> <p><input type="checkbox"/> Gehstöcke</p> <p><input type="checkbox"/> Andere []</p>	<p>Sonstige Verordnung</p> <p>[]</p>

<p>Elektronische Übermittlung</p> <p>Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung</p>	
---	--