

ANMELDUNG

HIRSLANDEN KLINIK LINDE
PATIENTENAUFNAHME
BLUMENRAIN 105
CH-2501 BIEL

T +41 32 366 43 36, F +41 32 366 42 64

MAIL: PATIENTENAUFNAHME.LINDE@HIRSLANDEN.CH

PATIENTENANGABEN

Name *	Vorname *	Geburtsdatum *	Name / Vorname der Eltern (bei Minderjährigen)
Strasse / Nummer *	PLZ *	Ort *	Land
Telefon *	Telefon	Telefon	E-Mail
Sozialversicherungs-Nr. *	Sprache * O D O F O I O E	Geschlecht * Zivilstand	Nationalität / Heimatort

Fallart *	<input type="radio"/> Stationär	<input type="radio"/> Stationär (mit Ausschlusskriterien ambulanz) ¹	<input type="radio"/> Ambulant	<input type="radio"/> Ambulant (Zusatzversicherung)	
Fachgebiet	<input type="checkbox"/> Chiallg <input type="checkbox"/> Chineuro <input type="checkbox"/> Gynallg	<input type="checkbox"/> Chihand <input type="checkbox"/> PTA <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Chiortho <input type="checkbox"/> Medinnere	<input type="checkbox"/> Chiurolo <input type="checkbox"/> Medgastro	<input type="checkbox"/> Chiothorhin <input type="checkbox"/> Medonko

Eintritt von *	<input type="radio"/> Zuhause <input type="radio"/> Andere:	<input type="radio"/> Alters-/Pfleheim	<input type="radio"/> Psychiatrie	<input type="radio"/> Anderes Spital	<input type="radio"/> Strafvollzug
-----------------------	--	--	-----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

Geplante Reha/Kur nach Austritt *	<input type="radio"/> Keine Reha/Kur	<input type="radio"/> Case Mgmt org.	<input type="radio"/> Wunschort:
--	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Eintritt aufgrund *	Klasse *	Upgrade	
<input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Unfall <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> UKS	<input type="radio"/> Selbstzahler <input type="radio"/> Keine Pflichtleistung <input type="radio"/> Teil-Pflichtleistung	<input type="radio"/> Allgemein OKP <input type="radio"/> Allg. ganze CH <input type="radio"/> Halbprivat <input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> Upgrade A in Hirslanden Préférence CHF 350.00 p./N. <input type="radio"/> Upgrade A in Hirslanden Privé CHF 550.00 p./N. <input type="radio"/> Upgrade HP in Hirslanden Privé CHF 200.00 p./N.

Grundversicherung (Name KK)	Policen-/Kundennummer	VEKA-Nr. (20 Stellen)
Zusatzversicherung (Name)	Policen-/Kundennummer	VEKA-Nr. (20 Stellen)
UVG / IV / MV (Name)	Unfall-/IV-/MV-Nummer	Unfalldatum
Arbeitgeber		

Eintrittsdatum *	Aufenthaltsdauer (in Nächten) *		
OP-Datum	OP-Dauer (SNZ Min.)	Operateur	Assistenz 1 Assistenz 2

MEDIZINISCHE / CHIRURGISCHE ANGABEN *		
ICD-10 GM	Eintrittsdiagnose	<input type="radio"/> rezidiv ² <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		
<input type="radio"/> Keine Operation <input type="radio"/> PTA <input type="radio"/> Gastro-/Endoskopie <input type="radio"/> Bronchoskopie <input type="radio"/> Andere:		
CHOP	OP / Behandlung	<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.

Schnellschnitt Ja Nein

Spezielles (Implantate, spezielle Geräte, etc.)



PATIENT

Name
Vorname
Geburtsdatum

Lagerung

RL BL SSL Beach Chair LDP Extension Ortho/Traum Extension Hand

Halbseitenlage

Rechts Links

Seitenlage

Rechts Links Andere:

Anästhesie

Allgemein-/Teilanästhesie Analgosedation/MAC
 Antibiotikaprophylaxe Nach Hirslanden-Schema Keine Andere:
 Aufenthalt postoperativ, IMC über Nacht Ja Nein

Anästhesiegespräch

Nüchtereintritt: Patient geeignet für telefonische Anästhesiesprechstunde (ASA 1 / 2, OP-Risiko A mod. und spricht D oder F)
 --> Wenn nicht alle Kriterien erfüllt sind, wird der Patient in die Anästhesiesprechstunde aufgeboten
 Vortageseintritt: Prämedikation in der Regel auf der Bettenstation. Bei Situationen, die eine frühere Abklärung benötigen,
 wird der Patient in die Anästhesiesprechstunde aufgeboten

Präoperative Abklärungen nach Schema des Anästhesisten erforderlich Nein Ja, durch

Isolationspflichtige Krankheiten * Keine VRE MRSA Andere:

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

Grösse cm Gewicht kg BMI Antikoagulation Zeugen Jehovas

Gewünschte Untersuchungen nach Eintritt

Spezielle Wünsche / Bemerkungen
(Behinderungen etc.)

Hausarzt *³ Zuweisender Arzt *⁴
 Kein Hausarzt Mitbetreuender Arzt ⁵

Codierrelevante Nebendiagnosen

Kardiologie

- I50.19 Linksherzinsuffizienz
- I50.01 Global-/Rechtsherzinsuffizienz
- I11.90 Hypertensive Herzkrankheit
- I20.8 Angina pectoris
- I25.19 Arteriosklerotische Herzkrankheit
- I48.11 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

Keine codierrelevanten Nebendiagnosen

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

- I89.99 Dekubitus
- R15 Stuhlinkontinenz
- R32 Harninkontinenz
- R47.0 Dysphasie / Aphasie
- Z21 HIV
- Z22.3 / U80.4 ESBL
- Z22.3 / U80.00 MRSA

Datum *

Anmeldender behandelnder Arzt (Belegarzt/Vertragsarzt) *

GLN
Mail

ZSR

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Hirslanden Klinik Linde

³ Hausarzt: kann, aber muss nicht zwingend der zuweisende Arzt sein
⁴ Arzt, der dem behandelnden Arzt (=Belegarzt / Vertragsarzt) zuweist

⁵ Weiterer Belegarzt/Vertragsarzt der Klinik, der den Patienten ebenfalls behandelt
 * Pflichtfeld