

ANMELDUNG ZUR GEBURT

HIRSLANDEN

KLINIK STEPAHNHORN



Anmeldende Belegarztpraxis

Patientenetikette



BC_f-3 Patientenadmin. - Eintritt



ST_4 - Anmeldung

Datum

PATIENTENANGABEN

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

Eintritt von Zuhause Pflegeheim Altersheim Psychiatrie
 Anderes Spital Andere Unbekannt

Eintritt aufgrund Mutterschaft Stationär Verlegung < 24 h Fallart Ambulant Privat Halbprivat Allg. grundvers. Allg. ganze Schweiz Einbettzimmer Zweibettzimmer Mehrbettzimmer Selbstzahler Klassenwechsel von auf Komfortzuschlag

Grundversicherung KVG Versicherten-Nummer VEKA-Nummer (20 Stellen)

Zusatzversicherung VVG Versicherten-Nummer

Mitbehandl. Arzt (MCC) Zuweiser

Hausarzt Selbstzuweiser

Angaben zur Geburt / Aufnahme für Erkrankungen während der Schwangerschaft

Alter: Para: Gravida: ET: LP: Korrigierter Termin (nach US):

ICD10: CHOP: CHOP: 73.5 Manuell unterstützte Geburt 74.0X Klassische Sectio Caesarea

Eintrittsdatum: Zeit: Vortag Dauer Aufenthalt Tage:

OP-Datum: OP-Uhrzeit: OP-Dauer (SNZ Min.):

Operateur: Assistent: Anästhesiesprechstunde: Ja Nein

Anästhesierelevante Risikofaktoren (Pflichtfeld)

Keine Blutungsrisiko Internistische Diagnosen Zeugen Jehovas
 Gerinnungsstörungen Neurologische Besonderheiten Weitere

Risikofaktoren / Besonderheiten in der Schwangerschaft / Vorangehende Schwangerschaften:

O 24.4 Gestationsdiabetes O 24.0 / 024.1 Diabetes Typ 1 / 2 O 13 Gestationshypertonie O 10 Vorbestehende Hypertonie O 41.0 Oligohydramnion

Gynäkologische Erkrankungen:

Laborbefunde: Ja Nein Bei Anmeldung noch ausstehende Befunde bitte vor Geburt übermitteln!

Blutgruppe / Rh: Allergien:

Rhesusprophylaxe Ja Nein Datum letzte Rhesusprophylaxe:

Rubeolen: Immunität vorhanden Ja Nein Lues-Such-Reaktion: Positiv Negativ

Hepatitis: HBsAg neg. HBsAg pos. (Kind muss immunisiert werden)

Strepto B: Positiv Negativ HIV: Positiv Negativ

Vorherige Totgeburten:

Vorherige IR:

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)	Elektrolyte / Metabolite: <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) Enzyme: <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) Proteine: <input type="checkbox"/> Total Protein (6) <input type="checkbox"/> Albumin (6) <input type="checkbox"/> CRP (6) <input type="checkbox"/> Troponin I (6) separates Röhrchen! Lipide: <input type="checkbox"/> Cholesterol (6) <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterol (6) <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterol (6) <input type="checkbox"/> Triglyzeride (6) Eisenstatus: <input type="checkbox"/> Eisen (6) <input type="checkbox"/> Ferritin (6) <input type="checkbox"/> Transferrin (6)	<input type="checkbox"/> Urinstatus (5) <input type="checkbox"/> Allg. Bakteriologie (9 + separater Auftrag Mikrobio)
Gerinnung <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!		Zusätzliche Analysen präoperativ <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 <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)		(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
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)		Blutentnahme: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> kapillär <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> Porth-a-Cath
Schwangere: Rhesusprophylaxe durchgeführt am: Blutprodukte: Anzahl Ec.Konz.		Durchgeführt durch (Visum):
Bluttransfusionen in den letzten 3 Monaten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Bitte ausfüllen!	Diverses <input type="checkbox"/> Liquorblock: Zellen, Glucose, Tot. Protein (steriles Röhrchen +7) <input type="checkbox"/> Schwangerschaftstest <input type="checkbox"/> im Urin (5)	



PATIENT

Vorname, Name: <input type="text"/> Strasse: <input type="text"/> PLZ, Ort: <input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/>	Hauptdiagnose/Nebendiagnose <input type="text"/>
Fallführender Arzt: <input type="text"/>	Allergien: <input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>				

NEU VERORDNETE MEDIKAMENTE

Medikament	Mo	Mi	Ab	Na	Bemerkung	Reserve	Pausiert
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

VERORDNUNGEN

Infusionen <input type="checkbox"/> Ringerfundin <input type="text"/> ml/24h <input type="checkbox"/> NaCl 0.9% <input type="text"/> ml/24h <input type="checkbox"/> Glucose 5% <input type="text"/> ml/24h <input type="checkbox"/> <input type="text"/> ml/24h	Lagerung <input type="checkbox"/> Frei <input type="checkbox"/> Hochlagerung <input type="checkbox"/> Schaumstoffschiene <input type="checkbox"/> Sandsack für <input type="text"/> h <input type="checkbox"/> Andere <input type="text"/>
Infusionszusätze <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	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 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Trinkmenge <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> max. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> mind. <input type="text"/>
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 <input type="text"/> E s.c. <input type="text"/> /24h <input type="checkbox"/> Marcoumar 3 mg p.o. <input type="text"/> /24h <input type="checkbox"/> Liquemin s.c. <input type="text"/> E <input type="text"/> /24h <input type="checkbox"/> Calciparine s.c. <input type="text"/> E <input type="text"/> /24h <input type="checkbox"/> Xarelto Tbl p.o. <input type="text"/> mg <input type="text"/> /24h <input type="checkbox"/> Keine Antikoagulation <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	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 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Analysewerte <input type="text"/>

Patient:

<p>Inhalation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inhalation [] 24h mit [] <input type="checkbox"/> Sauerstoff [] l/min <input type="checkbox"/> Eigenes CPAP-Gerät 	<p>Schmerzreserve / Fieberreserve</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dafalgan 500 mg/1 g [] /24h/p.o./i.v. <input type="checkbox"/> Novalgin 500 mg/1 g [] /24h/p.o./i.v. <input type="checkbox"/> Irfen 400 mg/600 mg [] /24h/p.o. <input type="checkbox"/> Mephadolor 500 mg [] /24h/p.o. <input type="checkbox"/> Xefo 8 mg [] /24h/p.o. <input type="checkbox"/> Ecofenac 50 mg [] /24h/p.o. <input type="checkbox"/> Tora-Dol 30 mg/ml [] /24h/i.v. <input type="checkbox"/> Morphin/Fentanyl nach Schema/s.c./i.v. <input type="checkbox"/> Andere []
<p>Überwachung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BD/HF [] /24h <input type="checkbox"/> Temperatur [] /24h <input type="checkbox"/> Gewicht täglich [] /Woche 	<p>Schlafreserve</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Temesta exp. 1.0 mg <input type="checkbox"/> Temesta exp. 2.5 mg <input type="checkbox"/> Dipiperon 40 mg <input type="checkbox"/> Zolpidem 10 mg <input type="checkbox"/> Remeron 30 mg <input type="checkbox"/> Seroquel 25 mg <input type="checkbox"/> Andere []
<p>Bilanz</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> Diuresebilanz 	<p>Unruhereserve</p> <ul style="list-style-type: none"> <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. <input type="checkbox"/> Seroquel 25 mg p.o. 3-6x/24h (Gewicht <60 kg und/oder Alter >75 Jahre: 12.5 mg) <input type="checkbox"/> Valium 5-10 mg p.o. alle 30 min <input type="checkbox"/> Temesta 1 mg, nach 30 min weitere 1 mg <input type="checkbox"/> Andere [] <p>Bei ausbleibender Besserung immer Info an Belegarzt</p>
<p>Diureselimite</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> [] ml/ [] h <p>Reserve</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Ringerfundin 500 ml i.v. <input type="checkbox"/> 2. Lasix 5 mg i.v. <input type="checkbox"/> 3. Info an Arzt 	<p>Übelkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg 3x/24h p.o. / i.v. <input type="checkbox"/> Droperidol 0.5 mg 3x/24h i.v. <input type="checkbox"/> SoluMedrol 40 mg 1x/24h i.v. <input type="checkbox"/> Domperidon 10 mg Tbl. [] /24h <input type="checkbox"/> Itinerol B6 Supp [] /24h <input type="checkbox"/> Andere [] <p>Sonstige Verordnung</p> <p>[]</p>
<p>Mobilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vollmobil <input type="checkbox"/> Bettruhe <input type="checkbox"/> Gelockerte Bettruhe (WWB) <input type="checkbox"/> Keine Belastung <input type="checkbox"/> [] kg Teilbelastung [] <input type="checkbox"/> Andere [] 	<p>Sonstige Reserven</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fieber > 38.5°C: siehe Schmerz-/Fieberreserve <input type="checkbox"/> Fieber > 38.5°C: 2x2 Blutkulturen abnehmen <input type="checkbox"/> Blutdruck >180 mmHg syst./>100 mmHg: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nifedipin ret. 20 mg 2. Nitroderm TTS 5 mg 3. Info an Arzt <input type="checkbox"/> Blutdruck <100 mmHg syst: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nitroderm weg falls vorhanden 2. Ringerfundin 500 ml i.v. als Kurzinfusion 3. Info an Arzt <input type="checkbox"/> Herz-SZ: Info an Anästhesie-/Notfallarzt gemäss Brustschmerzschema
<p>Hilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bauchgurt <input type="checkbox"/> Gehstöcke <input type="checkbox"/> Andere [] 	<p>Elektronische Übermittlung</p> <p>Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.</p>