

## Ärztliche OP-Anmeldung

E-Mail [disposition@paracelsus-spital.ch](mailto:disposition@paracelsus-spital.ch)

### Patientendaten

<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	Geb. Datum	_____
Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon privat	_____	Telefon Mobile	_____

### Versicherungsangaben

Krankenkasse/UVG	_____	Policen-Nummer	_____
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Allg.	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Privat

### Medizinische Angaben

ICD-10	_____
Eintrittsdiagnose	_____
Operation / Behandlung / Material / Implantate	
	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits
Lagerung	_____

Spez. Instrumente / Implantate wird bestellt durch  Operateur  OP-Leitung

präoperative Heileurhythmie  postoperative Physio

Anästhesie  Narkose  Spinal  Plexus  IV-Block  LA

Antibiotika-Prophylaxe mit \_\_\_\_\_

Allergien  Ja  Nein

Operateur \_\_\_\_\_

1. Assistenz \_\_\_\_\_

Gewünschtes OP-Datum \_\_\_\_\_  Eintritt am Vortag  Eintritt am OP-Tag

Schnitt- und Nahtzeit \_\_\_\_\_ (Wechselzeiten werden von der Disposition geplant)

Hospitalisationsdauer ca. \_\_\_\_\_ Tage

Name/Vorname/Adresse zuweisender Arzt

Disposition  
Telefon +41 44 787 27 27

\_\_\_\_\_  
Datum, Name/Vorname/Adresse zuweisender Arzt