

Anmeldebogen für Gefäßchirurgie

Patientendaten

Name: <small>(inkl. Titel)</small>	Vorname:
Name vor Eheschließung:	Geburtsdatum, -ort:
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Geburtsland:	Religionsbekenntnis <small>(freiwillig):</small>

Adresse

Straße:	
PLZ:	Ort:
Tel: <small>wichtig für Präop. Ambulanz</small>	E-Mail:

Versicherungsdaten

<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert	SV-Nr.:
Krankenkasse (Name):	
Beruf:	
Dienstgeber (Name):	
Straße:	
PLZ:	Ort:
<input type="checkbox"/> Ich bin mitversichert	SV-Nr.:
Krankenkasse (Name):	
Hauptversicherter (Name, SV-Nr.):	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Verwandtschaftsgrad:	Beruf:
Dienstgeber des Hauptversicherten:	
Straße:	
PLZ:	Ort:
<input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler	Versicherung (Name):
Polizzen-Nr.:	

Zusatzversicherung (Sonderklasse)

Versicherung (Name):	Polizzen-Nr.:
----------------------	---------------

Bitte beachten Sie auch die Rückseite!

Patientenname: _____
 (wenn Bogen gefaxt wird, bitte Namen nochmals eintragen)
 F: 400 88-9099

Familienangehöriger – gesetzlicher Vertreter

Name:		Vorname:	
Verwandtschaftsgrad:		Tel.:	
Straße:			
PLZ:	Ort:		
Letzter Aufenthalt in unserem Krankenhaus:			
Hausarzt/praktischer Arzt:			

Sofern meine Versicherung(en) nicht die gesamten Kosten meines Krankenhausaufenthaltes trägt (tragen), verpflichte ich mich, den Differenzbetrag selbst zu begleichen.

Ich bin informiert, dass Wertgegenstände bei der Aufnahme in einem Safe deponiert werden können. Für nicht im Safe verwahrte Gegenstände kann das Krankenhaus keinerlei Haftung übernehmen.

_____ Datum _____ Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vom einweisenden Arzt auszufüllen:

Aufnahmetag:		ICD-10-Code:	
Einweisungsdiagnose:			
<input type="checkbox"/> AKL		<input type="checkbox"/> SKL-MBZ	
<input type="checkbox"/> SKL-EBZ		<input type="checkbox"/> SKL-BVA	
Geplante OP:		Seite: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
<input type="checkbox"/> Intervention (PTA)		<input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> keine Seite	
<input type="checkbox"/> fem. pop. BP		<input type="checkbox"/> Hybrideingriff	
<input type="checkbox"/> fem. crur. BP		<input type="checkbox"/> Minor-Amp. / Major-Amp.	
<input type="checkbox"/> TEA Leiste		<input type="checkbox"/> Wunddebridement / Defektdeckung	
<input type="checkbox"/> TEA / EEA Carotis		<input type="checkbox"/> Großpunkt	
Bemerkung: (zur OP)		Operateur: (falls bestimmter)	
<input type="checkbox"/> Großpunkt (wenn Großpunkt, PAP Termin angeben)		Termin Präop. Ambulanz:	
OP-Termin:	OP-Dauer: (in h)	Termin Präop. Ambulanz:	
<input type="checkbox"/> kurzfristige OP-Freigabe	Narkose: <input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Kurz (Anästhesiefreigabe!)	<input type="checkbox"/> Voll/ Regional (Anästhesiefreigabe!)
<input type="checkbox"/> OP zeitnah notwendig		<input type="checkbox"/> OP am Aufnahmetag	
<input type="checkbox"/> OP planbar		<input type="checkbox"/> Entlassung am Aufnahmetag	
Allergien:			
Erforderliche Untersuchungen (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> C/P	<input type="checkbox"/> Labor (BB, Gerinnung, LFP, Niere + Elektrolyte)	<input type="checkbox"/> CCT/ CTA/ MRT	
<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Lungenfunktion	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Echokardiographie	<input type="checkbox"/> ABI rechts _____ / links _____	<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Duplex Sono Becken/Bein	<input type="checkbox"/> Carotis Duplex		
Therapievorschlag:			

OP Chefarzt-Bewilligungspflichtig? falls ja, bitte um Übermittlung der Zusage an die Aufnahme des KHGH

_____ Datum _____ Name einweisender Arzt (bitte in Blockbuchstaben) _____ Handzeichen & Stempel
 Jänner 2018