

## Anmeldebogen für Gefäßchirurgie

### Patientendaten

Name: <small>(inkl. Titel)</small>	Vorname:
Name vor Eheschließung:	Geburtsdatum, -ort:
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
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.:
----------------------	---------------

Patientenname: \_\_\_\_\_  
 Mail: [aufnahme@khgh.at](mailto:aufnahme@khgh.at)

### Familienangehöriger – gesetzlicher Vertreter

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

Sofern ich die Aufnahme in die Sonderklasse wünsche und über eine private Krankenversicherung verfüge, werden die Kosten meines Aufenthaltes direkt mit meiner privaten Krankenversicherung abgerechnet. Eine Rechnungslegung an mich ist aus den im Direktverrechnungsübereinkommen mit der privaten Krankenversicherung genannten Fällen möglich (z.B. Ablehnung der Kostentragung durch die Versicherung aus Gründen meines Versicherungsvertrages).  
 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:		vorrussichtl. Aufenthaltsdauer:	
<input type="checkbox"/> AKL	<input type="checkbox"/> SKL-MBZ	<input type="checkbox"/> SKL-EBZ	<input type="checkbox"/> SKL-BVA
Geplante OP: <input type="checkbox"/> Intervention (PTA) <input type="checkbox"/> Hybrideingriff <input type="checkbox"/> fem. pop. BP <input type="checkbox"/> Minor-Amp. / Major-Amp. <input type="checkbox"/> fem. crur. BP <input type="checkbox"/> Wunddebridement / Defektdeckung <input type="checkbox"/> TEA Leiste <input type="checkbox"/> TEA / EEA Carotis		Seite: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> keine Seite	
Bemerkung: (zur OP) <input type="checkbox"/> Großpunkt (wenn Großpunkt, PAP Termin angeben)		Operateur: (falls bestimmter)	
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 planbar		<input type="checkbox"/> OP am Aufnahmetag <input type="checkbox"/> Entlassung am Aufnahmetag	
Allergien:			
<b>Erforderliche Untersuchungen</b> (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