

PATIENTENANMELDUNG

Stationäre Zuweisung / OP- Anmeldung (stationär und ambulant)



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: [Anmeldung@spital-schwyz.ch](mailto:Anmeldung@spital-schwyz.ch)

**Personalien**

<b>Name</b> (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	<b>Vorname</b> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<b>Geburtsdatum</b>
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile	T Geschäft

**Krankenversicherung/Unfallversicherung inkl. Mitglieder-Nummer**

<b>Grund-/Zusatz-/Unfallversicherer</b> <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> allgemein versichert <input type="checkbox"/> halbprivat versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Upgrade <sup>1</sup> Privat <input type="checkbox"/> Upgrade <sup>1</sup> Halbprivat <sup>1</sup> Voraussetzung: <a href="#">Kaufvereinbarung Upgrade</a>
--	---	--

**Informationen zum Eintritt**

<b>Spitalaufnahme</b> <input type="checkbox"/> notfallmässig → unbedingt <u>zusätzlich</u> telefonisch anmelden an T 041 818 41 41 (Notfall) <input type="checkbox"/> baldmöglichst <input type="checkbox"/> Wunschtermin Datum/Zeit:        /		
<b>Aufenthalt</b> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> REHA	<b>Für OP-Anmeldung</b> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	Nach Eingriff geplant <input type="checkbox"/> REHA <input type="checkbox"/> Kur
<b>Fachgebiet</b> <input type="checkbox"/> Anästhesie <input type="checkbox"/> Geburtshilfe <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Gynäkologie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Urologie		
<b>Frühere Hospitalisation im Spital Schwyz</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Unbekannt		<b>Hausarzt / Hausärztin</b>

**Informationen zum Eintrittsgrund**

<b>Diagnose</b>	
<b>Einweisungsgrund/ ICD10</b>	
<b>Operation</b>	
<b>Bemerkungen</b>	

**Zuweisender Arzt / zuweisende Ärztin**

Ort/Datum	Unterschrift und Stempel
-----------	--------------------------

## Zusatzangaben (Intern)

### Operation

<b>OP-Datum</b>		<b>OP-Dauer</b>			
<b>Eintrittsdatum</b>		<b>Eintrittszeit</b>		<b>Aufenthaltsdauer</b>	

<b>Operateur</b>					
<b>Assistenz</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt	

### Anästhesie – Präoperative Abklärungen

<input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/> bei Eintritt	<input type="checkbox"/> in Auftrag gegeben
<b>Anästhesiegespräch am</b>	<b>Zeit</b>	
<input type="checkbox"/> Durchführung Anästhesiegespräch bei Eintritt		

### OP- technische Angaben

<b>Dauerkatheter</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Cellsaver</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<b>Lagerungstechnik</b>	<b>WAS</b>	<b>Zusätzliche Spezifikation</b>			
	<input type="checkbox"/> Rückenlage				
	<input type="checkbox"/> Bauchlage	<input type="checkbox"/> Wilson	<input type="checkbox"/> schwarze Kissen		
	<input type="checkbox"/> Steinschnittlage	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> hart		
	<input type="checkbox"/> Lap. Sigmalagerung mit Vakuum				
	<input type="checkbox"/> Seitenlage	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
	<input type="checkbox"/> Carbontisch				
	<input type="checkbox"/> Beachchair				
<input type="checkbox"/> Extension	<input type="checkbox"/> MIS	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
<b>Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/> Trimano				
	<input type="checkbox"/> elektr. Kniebänkli				
	<input type="checkbox"/> Arthrostress				
	<input type="checkbox"/> Blutsperre	<input type="checkbox"/> unsteril	<input type="checkbox"/> steril		
	<input type="checkbox"/> BV				
	<input type="checkbox"/> Endoskopieturm				
	<input type="checkbox"/> NNH Sieb	<input type="checkbox"/> gross	<input type="checkbox"/> klein		
<b>Osteosynthesematerial</b>	<input type="checkbox"/> Aptus	<input type="checkbox"/> Radius	<input type="checkbox"/> Hand		
	<input type="checkbox"/> Radiusplate Synthes				
	<input type="checkbox"/> Minifragment				
	<input type="checkbox"/> Kleinfragment (3,5)	<input type="checkbox"/> Stahl	<input type="checkbox"/> Titan		
	<input type="checkbox"/> Grossfragment (4,5)				
	<input type="checkbox"/> Philosplatte	<input type="checkbox"/> eingeschoben			
	<input type="checkbox"/> PFNA	<input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> kurz		
	<input type="checkbox"/> Platten spezial:				
<b>Spezielle Instrumente</b>					
<b>Leihinstrumente / Leihprothesen</b>	<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> bestellt am: <input type="checkbox"/> bestellt bei:				
<b>Implantate / Prothesen</b>	<input type="checkbox"/> zementiert <input type="checkbox"/> unzementiert				
<b>Sonstiges</b>					