

OP Anmeldung Spital Lachen AG



Schicken an OP Disposition Fax: 055 4513213 (Fon: 055 4513212)

Operations Termin am		Hier bitte nichts eintragen	
Eintritt	<input type="checkbox"/> Am OP Tag <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vortag ab 10.00 <input type="checkbox"/> Vortag ab 14.00	
Aufenthaltsdauer	2 3 4 5 6 7 8 10 12 Tage		
Name		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
Vorname			
Geburtsdatum	Tel.Nummer	Hospitalisation	
		<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär	
Strasse		Garant	
		<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Patient
PLZ	Wohnort		

Eintrittsdiagnose	ICD 10 Code

Operation	Operations Dauer
	min
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Grosser Eingriff <input type="checkbox"/> Kleiner Eingriff	

Notizen	<input type="checkbox"/> XXL Patient BMI:

Operateur	Implantate / Bemerkungen	<input type="checkbox"/> weiterleiten an OP <input type="checkbox"/> bereits bestellt !!!! <input type="checkbox"/>
Assistenz gewünscht	<input type="checkbox"/> Assistenzarzt <input type="checkbox"/> Cand Med <input type="checkbox"/>	

Medikamente	<input type="checkbox"/> Liste (oder) <input type="checkbox"/> Plavix stopp <input type="checkbox"/> Plavix weiter <input type="checkbox"/> Aspirin stopp <input type="checkbox"/> Aspirin weiter	Lagerung	<input type="checkbox"/> SSL <input type="checkbox"/> Rückenlage <input type="checkbox"/> Seitenlage <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> Laparoskopie-Lagerung	<input type="checkbox"/> Bauchlage <input type="checkbox"/> Armbänkli <input type="checkbox"/> Extension <input type="checkbox"/> AMIS Lagerung <input type="checkbox"/> Beinschalen	<input type="checkbox"/> Beachchair <input type="checkbox"/> SCD <input type="checkbox"/> Beinstiefel
--------------------	---	-----------------	--	--	---

Antibiotika	<input type="checkbox"/> Kefzol 2g <input type="checkbox"/> Zinacef 1.5g <input type="checkbox"/> Metronidazol 500mg <input type="checkbox"/> Ciproxin 200mg <input type="checkbox"/>	Spez. Instrumente / Geräte	<input type="checkbox"/> Bildverstärker <input type="checkbox"/> Blutleere <input type="checkbox"/> Blutsperre <input type="checkbox"/> Sterile Blutsperre	<input type="checkbox"/> Endoskopie Turm <input type="checkbox"/> Erbe Gerät <input type="checkbox"/> Blutflussmessung <input type="checkbox"/> Neurosign	<input type="checkbox"/> Ultracision <input type="checkbox"/> Cellsaver <input type="checkbox"/> Gips <input type="checkbox"/> Sonogerät
--------------------	---	-----------------------------------	---	--	---

Urin	<input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Zystofix	Präop Abklärung	<input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> keine VU
-------------	--	------------------------	---

Anästhesie	<input type="checkbox"/> LA -Stand by <input type="checkbox"/> Lokal Anästhesie <input type="checkbox"/> IV - RA	<input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/>	Hausarzt
Intubation	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> DL Tubus	Stempel

Datum	Unterschrift