

## Formular OP-Anmeldung SR RWS (extern)

Spital	Tel. Nummer	E-Mail
<input type="checkbox"/> Altstätten	071 757 44 44	eintritt.altstaetten@srrws.ch
<input type="checkbox"/> Grabs	081 772 55 02	eintritt.grabs@srrws.ch
<input type="checkbox"/> Walenstadt	081 736 11 10	eintritt.walenstadt@srrws.ch
<b>Patientin / Patient (Patientenkleber)</b>		
Name/ Vorname		
Wohnadresse	Strasse:	Hausnummer:
Land/PLZ/Ort/Kanton		Geburtsdatum:
Telefon	Privat:	Geschäft:
Versicherung		
<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Albergo1 <input type="checkbox"/> Albergo 2 <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat		
<b>Operation</b>		
Eintrittsdiagnose		
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Geburtshilfe		
Operation		
Operateur	Tessiner-Code	OP-Dauer
Seite	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> keine Seitenangabe	
Lagerung	Antibiotikaphylaxe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Assistenten	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> einer <input type="checkbox"/> zwei <input type="checkbox"/> drei	Schnellschnitt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewünschte Anästhesieform		BV <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spezialinstrumente/ Implantat		
<b>Anmeldung elektiver Eingriff (Wunschtermin wird wenn immer möglich berücksichtigt)</b>		
Wunschtermin		
<b>Präoperative Abklärungen ausserhalb Schema</b>		
<input type="checkbox"/> Labor	<input type="checkbox"/> EKG	
<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Sonographie	
<input type="checkbox"/> weitere Röntgen	<input type="checkbox"/> Weiteres	
	<input type="checkbox"/> Hausarzt	
<b>Nebenerkrankungen / spezielle Medikamente</b>		
Nebenerkrankungen (für OP relevante)		
Allergien	<input type="checkbox"/> keine bekannt <input type="checkbox"/> ja welche:	
Antikoagulation/ Thrombozytenaggregationshemmer	<input type="checkbox"/> OP möglich <input type="checkbox"/> Aufgebot frühestens in <input type="checkbox"/> Tagen möglich	
	<input type="checkbox"/> Weiteres:	
<b>Aufenthalt</b>		
Geplante Aufenthaltsdauer:	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Isolation	
<input type="checkbox"/> Eintritt am Vortag	<input type="checkbox"/> Eintritt am OP-Tag	<input type="checkbox"/> Tage vor OP
<b>Beilagen</b>		
<input type="checkbox"/> Labor	<input type="checkbox"/> Röntgenbilder	
<input type="checkbox"/> Kopie OP-Einverständniserklärung	Weiteres:	
<b>Bemerkungen</b>		
<b>Kontakt / Unterschrift</b>		
Name:		
Telefon:		
Stempel	Datum und Unterschrift (Kaderarzt)	