

OP Anmeldeformular Medizinisches Zentrum Haus zur Pyramide	
Operationstag	
Eintrittszeit	Schnittzeit
Operateur Assistenz	Sprache <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> engl. <input type="checkbox"/>
Angaben Patient	
Name	Vorname <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum	E-Mail
Strasse	PLZ/ Ort
Tel. Privat	Mobile
Name der Eltern (Bei Kindern)	
Garant	<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/>
Name der KK / UVG	
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/>
Eintrittsdiagnose Bitte Diagnosecode auf Seite 2 anwählen!	
Nebendiagnosen	
Operation	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> OP Dauer <input type="checkbox"/> Min
Instrumentarium/ Implantate	
Lagerung	
<input type="checkbox"/> Rückenlage	<input type="checkbox"/> Seitenlage <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> Steinschnitt <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bauchlage	<input type="checkbox"/> Kopfschale <input type="checkbox"/> Handtisch <input type="checkbox"/> Umlagerung
Antibiotika Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Cefazolin <input type="checkbox"/> Co Amoxi <input type="checkbox"/> kein Antibiotika <input type="checkbox"/> Cefuroxim <input type="checkbox"/> Ciproxin <input type="checkbox"/>
Präoperative Abklärungen	<input type="checkbox"/> Labor <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Infektiöse Krankheiten <input type="checkbox"/> Allergien
Anästhesie	<input type="checkbox"/> Allgemeinanästhesie <input type="checkbox"/> IV-Block <input type="checkbox"/> Regionalanästhesie <input type="checkbox"/> LA mit Ue
Hausarzt Name und Adresse	
Datum	Stempel behandelnder Arzt

Formular per E-Mail an: dispo.hzp@swissmedical.net
(Aus Datenschutzgründen die E-Mails bitte mit HIN-Verschlüsselung senden).

SWISS MEDICAL NETWORK MEMBER

Diagnosecode für ambulante Behandlungen	
A. Herz- / Kreislaufsystem	
B. Blut / Knochenmark / Milz	
C. Lunge / Atemwege	
D. Skelett / Bewegungsapparat	
E. Verdauungstrakt	
F. Stoffwechsel	
G. Infektions- und Parasitäre – Krankheiten	
H. Niere und ableitende Harnwege	
I. Geschlechtsorgane	
K. Schwangerschaft / Sterilität	
L. Nervensystem	
M. Psychische Erkrankungen	
N. Haut	
O. Hals / Nase / Ohren	
P. Auge	
Q. Zähne / Kiefer	
R. Unfall / Unfallbedingt	
S. Nicht-Pflichtleistungen	
T. Präventive Massnahmen	
U. Vertrauensarzt orientiert (anstelle Diagnose)	
Zusatzcode (Falls nötig, sind mehrere Angaben möglich)	
<input type="checkbox"/> 01 Rechts	<input type="checkbox"/> 02 Links
<input type="checkbox"/> 03 Akut	<input type="checkbox"/> 04 Chronisch / Rezidiv
<input type="checkbox"/> 05 Infektiös	<input type="checkbox"/> 06 Funktionell
<input type="checkbox"/> 07 Neoplasie	<input type="checkbox"/> 08 Berufsbedingt

Formular per E-Mail an: dispo.hzp@swissmedical.net
(Aus Datenschutzgründen die E-Mails bitte mit HIN-Verschlüsselung senden).

SWISS MEDICAL NETWORK MEMBER