

Bethesda Spital AG
Gellertstrasse 144
4052 Basel

Abteilung Patientendisposition
Tel. +41 61 315 20 20
patientendisposition@bethesda-spital.ch

Abteilungsleitung
Vera Herle

Eintritt:

Grund:	Operativ	Nicht Operativ	Rheuma
Stationär:	Eintrittam Vortag	Eintrittam OP-Tag	Schmerz
Ambulant:	Ambulant /Tarmed		

Personalien Patient/in

Name: _____ Vorname: _____
 Bei Kindern Angabe Vornamen des Vaters/der Mutter: _____
 Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
 Tel. Privat/Mobile: _____ Tel. Geschäft: _____
 Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich
 Krankenkasse/Versicherung: _____ Mitgliedsnr.: _____
 Zusatzversicherung: _____ Mitgliedsnr.: _____
 Private Abteilung Halbprivate Abteilung Allgemeine Abteilung IV MV
 Krankheit Unfall Geburtsgebrechen Ästhetisch

Vorgesehene Operation/Behandlung

Einweisende/r Ärztin/Arzt: _____
 Eingriff wird durchgeführt von: Belegarzt Klinikarzt
 Eintrittsdatum: _____ Aufenthaltsdauer in Tagen: _____
 Operationsdatum: _____ Operationsdauer in Minuten: _____
 Hauptdiagnosen: _____ **ICD-10**
 Operation/Behandlung: _____ **CHOP / Tarmed**
 Besonderes (Osteosynthesemat./Spez. Verband/Gips): _____
 Anästhesiesprechstd. ja nein septisch Schnellschnitt LA
 Obturatorius re li Stand-by Regional-Allgemein-Anästhesie

Präoperative Massnahmen/Abklärungen (nach Richtlinien der Anästhesie)

auswärts durch HA/Operateur im Spital durchzuführen
 Eigenblut Antibiotikaprophylaxe ja nein

Nebendiagnosen/Medikamente:

Absender-Informationen

Praxis-Adresse: _____
 Ort/Datum: _____ Name/Vorname: _____
 Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen