



## Anmeldung zur Behandlung (ambulant / stationär)

Administrative Angaben vom Patienten auszufüllen (\*obligat)

Name\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Vorname\* \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Strasse\* \_\_\_\_\_ Zivilstand\* \_\_\_\_\_

Wohnort\* \_\_\_\_\_ Nationalität\* \_\_\_\_\_

Tel.Nr. (Tag)\* \_\_\_\_\_ Bürgerort \_\_\_\_\_

Mobile Nr. \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Einweisender Arzt \_\_\_\_\_

Mein Hausarzt, meine Hausärztin darf vom GZF über meine Krankheit informiert werden ja  nein

Krankenkasse\* \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Vers. Nr.\* \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_  Allgemein  Halbprivat  Privat

Vers. Nr.\* \_\_\_\_\_  Zusatz "ganze Schweiz"

Unfallvers.\* \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Vers. Nr.\* \_\_\_\_\_

Arbeitgeber\* \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

KontaktPerson  Gleiche Adresse wie Patient

Name \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Mobile Nr. \_\_\_\_\_

## Begleitperson und Zimmerzuschlag

Begleitperson (Wünsche können nur bei genügend Bettenkapazität berücksichtigt werden)

Ich benötige ein zweites Bett, Zimmerzuschlag: CHF 60.-- / Nacht

Ich benötige ein Familienzimmer (Wöchnerinnen), Zimmerzuschlag: CHF 100.-- / Nacht

Angaben zur Begleitperson  Gleiche Adresse wie Patient

Name \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Liegeklasse (Wünsche können nur bei genügend Bettenkapazität berücksichtigt werden)

Ich benötige ein Zweierzimmer, Zimmerzuschlag: CHF 165.-- / Nacht

Ich benötige ein Einzelzimmer, Zimmerzuschlag: CHF 220.-- / Nacht

Ich bin halbprivat versichert, wünsche jedoch ein Einzelzimmer, Zimmerzuschlag: CHF 110.-- / Nacht

Bemerkungen

Ort und Datum

Visum/Stempel

Dieses Formular bitte auszufüllen und umgehend an:

Patientendisposition, Sekretariat Chirurgie, Spital Laufenburg, Spitalstrasse 10, 5080 Laufenburg  
Tel: 062 874 53 09 Fax: 062 874 53 08 e-mail: PatientendispositionLF@sec.gzf.ch

Printer/Kleber

## Anästhesiesprechstunde

### Für welche Patienten ist die Anästhesie Sprechstunde gedacht?

Patienten mit folgenden Indikationen sollten, sofern sie nicht am Vortag der Operation oder direkt nach der Sprechstunde des Operateurs von der Anästhesie gesehen (prämediziert) werden, in die anästhesiologische Sprechstunde angemeldet werden:

· ernste Erkrankungen (gem. SLK Pos. 1852.09: **ASA-Risikoklasse III/IV**, d.h.

**"Patienten mit das Allgemeinbefinden beeinträchtigenden Begleiterkrankungen"**

- des Herz-Kreislaufsystems (welche mit Medikamenten therapiert werden müssen, wie z.B. aktuelle Angina pectoris, schwere Hypertonie, schwere Herzinsuffizienz, schwere Rhythmusstörungen, St. n. Myocardinfarkt, St. n. AC-Bypass/Herzoperation, Angiographie (Ballon/Stent))
  - der Atemwege (therapiebedürftiges, schweres Asthma COPD etc.)
  - der endokrinen Organe (z.B. insulinabh. Diabetes, Hyperthyreose)
  - des Zentralnervensystems (Epilepsie, MS, schwere Depressionen, schwere Angstneurosen etc.)
  - Muskelerkrankungen, wie z.B. Myasthenia gravis
  - seltene und für die Anästhesie/Operation relevante Erkrankungen
  - schwere Erkrankungen des Blutes (Leukämien, Gerinnungsstörungen etc.)
  - Body Mass Index >35 (z.B. 160 cm, 90 kg)
- Patienten mit **kieferchirurgischen Eingriffen**
- Patienten bei den früher Narkosekomplikationen aufgetreten sind
- **Sonntagseintritte** für grössere operative Eingriffe am Montag

### Kurzfragebogen für die Anästhesiesprechstunde (bitte vom Pat. ausfüllen lassen)

Leiden oder litten sie unter folgenden Erkrankungen	Ja	Nein
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/m.Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewicht kg _____ Grösse cm _____		
Frühere Narkosekomplikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (Marcoumar, Plavix, Aspirin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie homöopathische Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie in Hilfsmittel (Prothesen / Rollstuhl / Rollator / Gehstock oder andere)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Behinderungen oder wurden/werden Sie von der SPITEX (oder anderen Organisationen für die Pflege) unterstützt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen schon einmal ein gegen Antibiotika (multi-)resistentes Bakterium (MRSA / ORSA) nachgewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Entscheid Hausarzt:

	Ja	Nein
Patient bitte präoperativ in der Anästhesiesprechstunde aufbieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift einweisender Arzt

Dieses Formular bitte auszufüllen und umgehend an:

Patientendisposition, Sekretariat Chirurgie, Spital Laufenburg, Spitalstrasse 10, 5080 Laufenburg  
Tel: 062 874 53 09 Fax: 062 874 53 08 e-mail: PatientendispositionLF@sec.gzf.ch