



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.--/Tag

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

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

Bemerkungen

Ort und Datum

Visum/Stempel

Dieses Formular bitte auszufüllen und umgehend an:

Patientendisposition, Spital Rheinfelden, Riburgerstrasse 12, 4310 Rheinfelden senden, faxen oder mailen
Tel: 061 835 64 94 Fax: 061 835 64 92 e-mail: PatientendispositionRF@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, Spital Rheinfelden, Riburgerstrasse 12, 4310 Rheinfelden senden, faxen oder mailen
Tel: 061 835 64 94 Fax: 061 835 64 92 e-mail: PatientendispositionRF@sec.gzf.ch