



## Operationsanmeldung Belegärzte Urologie

### Personalien

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_

### Versicherung

Krankheit  Schwangerschaft  Unfall

allgemein  halbprivat  privat

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Selbstzahler

### Komfortzuschläge (kostenpflichtig)

Einbettzimmer  Zweibettzimmer  Familienzimmer

Begleitperson (Übernachtung inkl. Vollpension)

→ Formular 'Verpflichtung Komfortzuschlag' an Patienten abgeben

### Hauptdiagnose (inkl. ICD-Code)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CAVE: \_\_\_\_\_

### Nebendiagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Vorbestehende Antikoagulation?

ja \_\_\_\_\_  nein

### Kontakt

Gesundheitszentrum Fricktal AG  
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
Riburgerstrasse 12  
4310 Rheinfelden

T +41 (0)61 835 61 95  
[chirurgie@gzf.ch](mailto:chirurgie@gzf.ch)

### Geplanter Eingriff (gemäss Eingriffsliste)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ohne Anästhesist (Lokalanästhesie)

Geplantes OP-Datum / Dauer: \_\_\_\_\_

Eintritt am OP-Tag  Eintritt am Vortag

ambulant  stationär, Anzahl Nächte: \_\_\_\_\_

### OP-Team

1. Operateur: \_\_\_\_\_ 2. Operateur: \_\_\_\_\_

1. Assistenz: \_\_\_\_\_ 2. Assistenz: \_\_\_\_\_

### Wichtiges Zubehör

Laser  Hodenprothese, Grösse: \_\_\_\_\_

Lithotrypsiegerät  andere: \_\_\_\_\_

### Lagerung

SSL  RL  andere: \_\_\_\_\_

### Antibiotikaprophylaxe

Cefazoline 2 g  keine  andere: \_\_\_\_\_

Kreuzblut  ja  nein

Postoperative IMC-Überwachung  ja  nein

### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_