

Wir bitten Sie, dieses Anmeldeformular zu prüfen, zu ergänzen und zu unterschreiben.

Eintrittsdatum:

Fallnummer:

Angaben zum Patient / zur Patientin

Name		Vorname		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Strasse		PLZ	Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail		AHV-Nummer	Geburtsname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon Privat	Telefon Mobile	Geburtsdatum	Geschlecht	Nationalität
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lebensmittel- oder medizinische Allergien

Ich habe ein elektronisches Patientendossier EPD

Nein Ja, bei

Kontaktperson (während Klinikaufenthalt)	Telefon Kontaktperson	Telefon Mobile Kontaktperson
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bei minderjährigen oder unter Vormundschaft stehenden Patienten auszufüllen

Garant	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zu den Versicherungen

Grundversicherung	Adresse	Versicherten-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zusatzversicherung	Adresse	Policen-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Allgemein <input type="radio"/> Halbprivat <input type="radio"/> Privat		

Unfallversicherung, bei Unfall auszufüllen	Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfalldatum: <input type="text"/>	Unfallnummer: <input type="text"/>

Angaben zu den Ärzten

Name und Adresse des Chirurgen / Spitalarztes:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name und Adresse des Hausarztes:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Komfort Ambulant

Einige Versicherungen bieten zusätzliche Komfortleistungen während eines ambulanten Spitalaufenthalts. Auch wenn Sie keine solche Versicherung abgeschlossen haben, empfehlen wir Ihnen unser Angebot «Komfort plus».

Für weitere Informationen und Preise konsultieren Sie bitte die zu diesem Thema erhaltenen Unterlagen.

Ich buche das Tagespaket Komfort plus

→ Ich buche zusätzlich eine Übernachtung vor nach dem Eingriff (nur buchbar mit Tagespaket)

Bemerkungen

Allgemeine Aufnahmebedingungen (AAB) für Tagesklinik Swiss Medical Network

Kostenübernahme des Aufenthaltes

- Ein ambulanter Spitalaufenthalt wird von den Sozialversicherungen übernommen (KVG, UV, IV, MV).
- Eine Übernachtung in der Klinik aus medizinischen Gründen kann zu zusätzlichen Kosten führen, die ggf. von Ihrer eventuellen Spitalzusatzversicherung übernommen werden oder die ansonsten von Ihnen zu tragen wären.
- Die Klinik behält sich das Recht einer Kautionserhebung vor.
- Alle Leistungen, die nicht von der Versicherung übernommen werden, gehen zu Lasten des Patienten.

Freie Arztwahl

Der Patient bestätigt, dass er seinen behandelnden Arzt frei ausgewählt hat. Er berechtigt den behandelnden Arzt, weitere Berufskollegen beizuziehen, welche für den reibungslosen Ablauf des Krankenhausaufenthaltes erforderlich sind.

Datenübertragung

Der Patient ermächtigt seinen Arzt, dessen Assistenten und die an seiner Behandlung beteiligten Ärzte, Zugang zu allen dem Spital vorliegenden Analyse- und Untersuchungsergebnissen zu haben. Zu diesem Zweck entbindet der Patient die von den Ärzten benannten Leistungserbringer und deren Hilfspersonen von ihrer Schweigepflicht. Der Patient ist damit einverstanden, dass die ihn betreffenden medizinischen Daten an die medizinische Kodierstelle des Spitals und an die Grund- und/oder Zusatzversicherung weitergegeben werden.

Wertsachen / Geldbeträge

Wir empfehlen Ihnen, keine Wertsachen mitzubringen. Die Klinik übernimmt keine Haftung für Verlust oder Diebstahl.

Patienten-Rechnungskopie

Eine elektronische Rechnungskopie wird über ein Online-Portal zur Verfügung gestellt, wofür Sie automatisch einen Link per E-Mail erhalten. Aus Datenschutzgründen ist eine Verifizierung mittels SMS-Code nötig. Wir benötigen für diesen Dienst zwingend Ihre Mobile-Nummer und E-Mail-Adresse. Alternativ kann weiterhin eine Rechnungskopie bei uns persönlich abgeholt werden.

Blutentnahme

Der Patient ist damit einverstanden, dass die Klinik ihm bei Bedarf Blut abnehmen kann, dies ist im Sinne der Patientensicherheit. Die Kosten gehen zu Lasten der Klinik.

Patientenrechte und -pflichten

Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patientin oder Patient und Ärztin oder Arzt ist grundlegend für eine erfolgreiche Behandlung und Betreuung. Deshalb ist es wichtig, dass Patientinnen und Patienten ihre Rechte und Pflichten kennen. Den Flyer «Die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten» von migesplus finden Sie auf unserer Homepage www.lindberg.ch im Downloadbereich.

Genolier Foundation

Ich möchte Ihre wohltätige Stiftung unterstützen mit einer Spende von CHF 20.- 50.- 100.- CHF _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der AAB (allgemeine Aufnahmebedingungen)

Gerichtsstand ist der Standort der Klinik, anwendbar ist das Schweizer Recht.

Gelesen und genehmigt am: _____ Unterschrift: _____

Name und Vorname Patientin/Patient oder des gesetzlichen Vertreters: _____

Privatlinik Lindberg
Schickstrasse 11
8400 Winterthur

Tel. 052 266 17 13
dispo@lindberg.ch
lindberg@hin.ch

Patient Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

1. Eintritt / Aufenthalt		<input type="checkbox"/> Eintritt Vortag	
Eintrittsdatum: _____		<input type="checkbox"/> Eintritt OP-Tag	
Vorgesehene Aufenthaltsdauer (inkl. Ein- und Austrittstag): _____		<input type="checkbox"/> Notfall-Eintritt	
Rehabilitationsplatz in (Ort) _____		ab (Datum) _____	
Organisiert durch <input type="checkbox"/> Arzt oder <input type="checkbox"/> Casemanagement			
2. Disposition		<input type="checkbox"/> Upgrade <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> P	
<input type="checkbox"/> Krankheit -> KK		<input type="checkbox"/> Stationär	
<input type="checkbox"/> Unfall -> KK		<input type="checkbox"/> Ambulant	
<input type="checkbox"/> Unfall -> SUVA / UVG / IV / EMV		<input type="checkbox"/> Selbstzahler Komplett	
		<input type="checkbox"/> Selbstzahler VVG	
		<input type="checkbox"/> Komfort Plus	
3. Medizinische / anästhesierelevante Informationen		Datum	ICD / CHOP
Diagnose _____		_____	_____
Geplanter Eingriff/ Intervention _____		Dauer	ICD / CHOP
_____		_____	_____
Nebendiagnosen/ Wichtiges _____			ICD / CHOP
_____			_____
Medikamente _____			
Allergien <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, _____			
Isolation <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> Andere: _____			
4. Wünsche Anästhesieverfahren			
Eingriff / Intervention in	<input type="checkbox"/> LA ohne Anästhesie	<input type="checkbox"/> Analgosedation	
Anästhesieverfahren	<input type="checkbox"/> Allgemeinanästhesie	<input type="checkbox"/> Regionalanästhesie	
Schmerzkatheter durch Anästhesie gewünscht <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Singleshot			
Wesentliche Vorerkrankungen (ASA > II, z.B. Diab.Mell.; COPD mit Anstrengungsdyspnoe; KHK; St.n. TIA; OSAS) & Anästhesie erforderlich?			
<input type="checkbox"/> Nein; reguläre Anästhesiesprechstunde		<input type="checkbox"/> Nein; Telefonische Anästhesiesprechstunde	
<input type="checkbox"/> Ja; vorgängig zum HA (Befunde via Dispo an Alphacare AG)		Postoperativ: _____	
<input type="checkbox"/> Fraglich; Anästhesiesprechstunde 1 Woche vor Termin		<input type="checkbox"/> IPS/ <input type="checkbox"/> IMC Tage erforderlich wegen	
<input type="checkbox"/> Zeuge Jehovas; Anästhesiesprechstunde 1 Woche vor Termin		<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> AZ (z.B. OSAS)	
<input type="checkbox"/> ICD (implantierbarer Cardioverter-Defibrillator) Träger; Anästhesiesprechstunde 2 Wochen vor Termin			
Operateur wünscht Zusatz Labor (unabhängig von Anä. Beurteilung): _____			
5. Informationen zur Intervention / Material OP			
Lagerung: _____			
<input type="checkbox"/> Blutsperr	<input type="checkbox"/> Blutsperr steril	<input type="checkbox"/> Blutleere	<input type="checkbox"/> Cell Saver
<input type="checkbox"/> Mikroskop	<input type="checkbox"/> Röntgen / <input type="checkbox"/> BV	<input type="checkbox"/> Neuromonitoring	<input type="checkbox"/> DK erforderlich
6. Spezielles / Instrumente / Implantate			

7. Infektionsprophylaxe			
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Cefuroxim	<input type="checkbox"/> Metrodinazol	<input type="checkbox"/> Augmentin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bactrim	<input type="checkbox"/> Ciproxin	<input type="checkbox"/>
8. Tranexamsäure <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Ärzte-Informationen auf www.alphacare.ch: für folgende Formulare (PDF):			
Präoperative Abklärungen / Umgang mit Dauermedikation sowie Formular Ergebnis Untersuchung durch den Hausarzt Lindberg			
Datum	Einweisender Arzt	Hausarzt	
_____	_____	_____	