

**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:	Eintritt am Vortag	Eintritt am OP-Tag	
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:	<b>ICD-10</b>
Operation/Behandlung:	<b>CHOP / Tarmed</b>
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