

[Vor Anmeldung](#) | **Postoperativ-/konservativ** | [Kriterienblatt für Kostengutsprache](#)

Wir melden folgende/n Patienten/in zur stationär-klinischen Behandlung an:  
(alles Pflichtfelder)

Name:	Vorname:	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:	Telefon:
AHV-Nr.:	Geb.-Datum:	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
<b>Kostenträger 1:</b>	<b>Kostenträger 2:</b>	
Gewünschtes Eintrittsdatum:	Vorgeschlagene Behandlungsdauer:	Wochen
<input type="checkbox"/> Privat-Abteilung	<input type="checkbox"/> Halbprivat-Abteilung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Abteilung
<input type="checkbox"/> 1er-Zimmer (mit Zuschlag)	<input type="checkbox"/> Suite (mit Zuschlag)	

**Hauptdiagnose/OP-  
Datum:**

Operateur/behand. Arzt:

Wesentliche Nebenbefunde:

Bisherige Therapie:

Medikamente:

Hausarzt:

Wohn&soziale Situation:

Kommentar:

**E-Mail Anhänge/Beilagen:**

Kriterien über die Charakterisierung des Patienten im Hinblick auf die Klärung der Spitalbedürftigkeit zur stationären Behandlung  
(nach Patientenmerkmalen und zu ergreifenden med. Massnahmen)

1. Aufwendige OP
2. Schwerwieg. peri-/postop. Komplikationen
3. Komplikationsrisiko
4. Wundheilstörungen
5. Schmerzzustände
6. Allgemeinzustand
7. Komorbidität/internistische Problematik
8. Limiten
9. Ärztliche Überwachung
- 9.1 Relevante funktionelle Defizit(e)
10. Pflegebedürftigkeit/24h Pflege
- 10.1 Bedarf an Grundpflege/Behandlungspflege
- 10.2 Überwachungsbedarf
- 10.3 Grössere(s) ADL-Defizit(e)
- 10.4 Compliance
11. Körperliche Einschränkungen
- 11.1 Selbständigkeit  nein  tags  nachts
- 11.2 Bedarf an Hilfestellung  Aufstehen  
 Ankleiden  
 Gehen  
 Essen  
 Toilette
12. Mobilität
- 12.1 Gehhilfen
- 12.2 Rollstuhlgebunden
- 12.3 Bettlägrig

Ort            Datum            Name