

Operationsanmeldung



Op- und Bettendisposition
Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg
T +41 44 397 26 27
disposition@spitalzollikerberg.ch

Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)

Patient:in ist zurzeit stationär: Ja Nein

AHV-Nr.: _____ Pat.ID: _____

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weibl. männlich

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort/Kanton: _____

Zivilstand: Ledig Verheiratet Eingetragene Partnerschaft Geschieden Ausgetragene Partnerschaft Verwitwet

Telefon: Privat: _____ Mobil: _____ Geschäft: _____ E-Mail: _____

Versicherungsklasse (Für die präzise Registrierung der Anmeldung sind wir auf den Namen der Krankenkasse und den Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten angewiesen.)

Allgemein grundversichert Allgemein ganze CH Halbprivat Privat Spitalzusatzvers. amb. Eingriffe Selbstzahler:in

Grundversicherung (KVG)/Sektion: _____

Zusatzversicherung (VVG)/Sektion: _____

Versicherungskartennummer KVG: _____ Versicherungskartennummer VVG: _____

Arbeitgeber: _____ Unfallversicherung: _____ Zusatzversicherung Unfall/Police-Nr.: _____

Anmeldegrund:

Krankheit Unfall Vorsorge Mutterschaft andere: _____

Notfall-Auswahl:

N1 (sofort) N2 (innert 2-3 Stunden) N3 (innert 4-8 Stunden) N4 (nach Absprache) Eintritt Vortag

Eintritt Vortag Eintritt nüchtern amb. mit Bett amb. ohne Bett

Eintritt am: _____ Zeit: _____ Operation am: _____ Schnittzeit: _____

Medizinische Angaben:

Diagnose: _____

Operation(en)

	rechts	links	Nicht Pflichtleistung
1. Eingriff: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eingriff: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eingriff: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eingriff: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eingriff: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OP-Dauer in Min. _____ Aufenthaltsdauer in Tagen _____

Operateur _____ OP-Assistent _____

Anästhesie MAC LA Postop IPS

Anästhesiesprechstunde Datum: _____ Zeit: _____

AK Test EC 2 EC 4 Cellsaver

Allergien: _____ Gerinnung: _____

Informationen für OP (Leih-Material, -Instrumente, -Implantate)

Standards sind im ORBIS hinterlegt. Alle darüber hinaus gehenden Zusätze bitte hier eintragen:

Name Zuweiser:in: _____ Kopie gewünscht, an: _____

Name Hausarzt:in: _____

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin / des anmeldenden Arztes