

# 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.)

Allg. grundvers.  Allg. ganze CH  Halbprivat  Privat  Spitalzusatzvers. amb. Eingriffe  Selbstzahler:in \_\_\_\_\_

Grundversicherung (KVG)/Sektion: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung (VVG)/Sektion: \_\_\_\_\_

Versicherungskartenummer KVG: \_\_\_\_\_ Versicherungskartenummer VVG: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Unfallversicherung: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung Unfall/Police-Nr.: \_\_\_\_\_

## Anmeldegrund:

Krankheit  Unfall  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
1. Eingriff: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eingriff: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eingriff: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eingriff: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eingriff: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OP-Dauer in Min. \_\_\_\_\_ Aufenthaltsdauer in Tagen \_\_\_\_\_

Operateur:in \_\_\_\_\_ OP-Assistent:in \_\_\_\_\_

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 Hausarzt:in: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin / des anmeldenden Arztes