

Operationsanmeldung



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Bitte elektronisch senden: disposition@spitalzollikerberg.ch, Telefon 044 397 26 27

Name			
Vorname		W	M
Geburtsdatum			
Strasse			
PLZ / Ort			
Telefon privat		Mobile	
AHV-Nr.		Patient ist zurzeit stationär	

Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg

Tel. +41 (0)44 397 21 11
Fax +41 (0)44 397 21 12
info@spitalzollikerberg.ch
www.spitalzollikerberg.ch

OPS- und Bettendisposition
disposition@spitalzollikerberg.ch
Tel. +41 (0)44 397 26 27
Fax +41 (0)44 397 23 75

Einweisungsgrund	Krankheit	Unfall	Mutterschaft	Selbstzahler
	allgemein Kanton	allgemein CH	Halbprivat	Privat

Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____ Arbeitgeber _____

Unfallversicherung _____ Zusatzversicherung Unfall/Police-Nr. _____

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

Eintritt am _____ Zeit _____ Operation am _____ Schnittzeit _____

Name Zuweiser _____

Medizinische Angaben

Diagnose:

Operation(en)	rechts	links	Nicht Pflichtleistung
---------------	--------	-------	--------------------------

1. Eingriff: _____

2. Eingriff: _____

3. Eingriff: _____

4. Eingriff: _____

5. Eingriff: _____

OP-Dauer in Min. _____ Aufenthaltsdauer in Tagen _____

Operateur _____ OP-Assistent _____

Anästhesie	MAC	LA	Postop IPS
Anästhesiesprechstunde		Datum:	Zeit:

AK Test	EC	2	4	Cellsaver
---------	----	---	---	-----------

Allergien: _____ Gerinnung: _____

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

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

Datum: _____ Name und Adresse des Zuweisers _____