

# Operationsanmeldung



**Spital  
Zollikerberg**

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

Patient:in ist zurzeit stationär:  Ja  Nein

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_ Pat.ID: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort/Kanton: \_\_\_\_\_

Zivilstand:  Ledig  Verheiratet  Eingetragene Partnerschaft  Geschieden  Ausgetragene Partnerschaft  Verwitwet

Telefon: Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Op- und Bettendisposition

Trichtenhauserstrasse 20

CH-8125 Zollikerberg

T +41 44 397 26 27

disposition@spitalzollikerberg.ch

**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: \_\_\_\_\_

Versicherungskartennummer KVG: \_\_\_\_\_ Versicherungskartennummer VVG: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Unfallversicherung: \_\_\_\_\_ Zusatzvers. 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 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  APN-Sprechstunde 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