

Personalien

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Wohnort	_____
Telefon1/ P	_____	Telefon 2/ G	_____
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	_____
Versicherung	_____	AHV-Nr.	_____
Adresse	_____	Typ, Vers.-Nr.	_____
Zusatzversicherung	_____	Unfalldat./-nr.	_____
Adresse	_____	Vers.-Nr.	_____
Versicherungsklasse	_____	Selbstzahler <input type="checkbox"/>	NPFL/Wahleingriff <input type="checkbox"/>
Totalupgrade <input type="checkbox"/> auf _____		Depotbetrag _____	CHF _____

Med. Angaben

Medizinische Angaben

Diagnose, Anamnese, Befunde, inkl. sonstige Bemerkungen  
z.B. Patient\*in blind, taub, Sitzwache notwendig etc. \_\_\_\_\_

Allergien, ja \_\_\_\_\_

Operationsangaben

ambulant (h)

stationär (d)  geplante Aufenthaltsdauer (h/d) \_\_\_\_\_

Begründung  
ambulant vor stationär \_\_\_\_\_

ICD-10 \_\_\_\_\_ Eintrittsdatum \_\_\_\_\_ OP Dauer \_\_\_\_\_

CHOP \_\_\_\_\_ OP Datum \_\_\_\_\_

Operation \_\_\_\_\_

Spezielle Anweisungen  
z.B. Lagerung, Medikamente, Instrumente \_\_\_\_\_

Antibiotikaprophylaxe \_\_\_\_\_

1. Operateur\*in \_\_\_\_\_ 2. Operateur\*in \_\_\_\_\_

1. Assistenz \_\_\_\_\_ 2. Assistenz \_\_\_\_\_

Angaben für Anästhesie  LA MAC  LA durch Operateur \*in

IVRA möglich?  Ja  Nein

spezielle Schmerztherapie gewünscht  Ja  Nein

Urinstatus gewünscht  Ja  Nein

Type & Screen?  Ja  Nein

Hausärztin\*arzt \_\_\_\_\_

Präoperative Abkl. bei\*m Hausärztin\*arzt/ \_\_\_\_\_

falls nicht Zuweisende\*r Ärztin\*Arzt \_\_\_\_\_

Zuweisende\*r Ärztin\*Arzt sind angemeldet  Ja  Nein

Zuweiser \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ GLN \_\_\_\_\_ ZSR \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

bei elektronischer Übermittlung unnötig

**Elektronische Übermittlung**

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Spital Uster.