

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.