

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 _____

Anästhesieverfahren LA MAC IVRA Ja spezielle Schmerztherapie Ja
 LA durch Operateur *in möglich? Nein gewünscht Nein

Hausärztin*arzt _____ Präoperative Abkl. bei*m Hausärztin*arzt/ Ja
falls nicht Zuweisende*r Zuweisende*r Ärztin*Arzt sind angemeldet Nein
Ärztin*Arzt _____

Zuweiser _____ Tel. _____ Datum _____

_____ Email _____ Unterschrift _____

_____ GLN _____ ZSR _____

bei elektronischer
Übermittlung unnötig

Elektronische Übermittlung

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