

Personalien

Name	_____	Vorname	_____
Strasse, Nr	_____	PLZ, Wohnort	_____
Telefon 1/P	_____	Telefon 2/G	_____
AHV-Nr.	_____	E-Mail	_____
Geburtsdatum	_____	REA Status	_____
Geschlecht	☐ ☐	IPS Status	_____
Versicherungsklasse	_____	Typ, Vers.-Nr.	_____
Versicherungsname	_____	Unfalldat./-Nr.	_____
Adresse	_____	Selbstzahler ☐	NPFL/Wahleingriff ☐
Zusatzversicherung	_____	Totalupgrade ☐ auf	_____
Adresse	_____	Depotbetrag	CHF
Vers.-Nr.	_____		

Med. Angaben

Medizinische Angaben

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

Allergien, ja

ambulant (h) ☐

stationär (d) ☐

geplante Aufenthaltsdauer (h/d) _____

Begründung Bitte auswählen...
ambulant vor stationär

ICD-10

Eintrittsdatum

OP Dauer

CHOP

OP Datum

Operation

Seitenangabe

rechts ☐

links ☐

nicht relevant ☐

beidseits ☐

Spezielle Anweisungen

z.B. Lagerung, Medi-
kamente, Instrumente

Antibiotikaphylaxe

1. Operateur*in

2. Operateur*in

1. Assistenz

2. Assistenz

Angaben für
Anästhesie

☐ LA MAC

spezielle Schmerztherapie gewünscht ☐ Ja ☐ Nein

☐ LA durch Operateur *in

Urinstatus gewünscht ☐ Ja ☐ Nein

IVRA möglich? ☐ Ja ☐ Nein

Type & Screen? ☐ Ja ☐ Nein

Hausärztin*arzt

Präoperative Abkl. bei*m Hausärztin*arzt/ ☐ Ja

falls nicht Zuweisende*r
Ärztin*Arzt

Zuweisende*r Ärztin*Arzt sind angemeldet ☐ Nein

Zuweiser*in

Tel.

Datum

Email

GLN

ZSR

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.

Elektronische Übermittlung

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