

Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
 Telefon1/ P \_\_\_\_\_ Telefon 2/ G \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
 Versicherung \_\_\_\_\_ Typ, Vers.-Nr. \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Unfalldat./-nr. \_\_\_\_\_  
 Zusatzversicherung \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Versicherungsklasse \_\_\_\_\_ Selbstzahler  NPFL/Wahleingriff   
 Totalupgrade  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  
 Hausärztin\*arzt falls nicht Zuweisende\*r Ärztin\*Arzt \_\_\_\_\_  
 spezielle Schmerztherapie gewünscht  Ja  Nein  
 Urinstatus gewünscht  Ja  Nein  
 Type & Screen?  Ja  Nein  
 Präoperative Abkl. bei\*m Hausärztin\*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.