

Operationsanmeldung

Bitte elektronisch senden: disposition@spitalzollikerberg.ch, Telefon 044 397 26 27



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg

Tel. +41 (0)44 397 21 11
Fax +41 (0)44 397 21 12
info@spitalzollikerberg.ch
www.spitalzollikerberg.ch

OPS- und Bettendisposition
disposition@spitalzollikerberg.ch
Tel. +41 (0)44 397 26 27
Fax +41 (0)44 397 23 75

Name		
Vorname	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M
Geburtsdatum		
Strasse		
PLZ / Ort		
Telefon privat	Mobile	
AHV-Nr.	<input type="checkbox"/> Patient ist zurzeit stationär	

Einweisungsgrund	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Geburt	<input type="checkbox"/> Mutterschaft
<input type="checkbox"/> allgemein Kanton	<input type="checkbox"/> allgemein CH	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Selbstzahler

Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____ Arbeitgeber _____

Unfallversicherung _____ Zusatzversicherung Unfall/Police-Nr. _____

Notfall – Auswahlfeld	<input type="checkbox"/> Eintritt Vortag	<input type="checkbox"/> Eintritt nüchtern	<input type="checkbox"/> amb. mit Bett	<input type="checkbox"/> amb. ohne Bett
-----------------------	--	--	--	---

Eintritt am _____ Zeit _____ Operation am _____ Schnittzeit _____

Name Zuweiser _____

Medizinische Angaben

Diagnose _____

Operation	rechts	links	ICD-Code	CHOP-Code
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

OP-Dauer in Min. _____ Aufenthaltsdauer in Tagen _____

Operateur _____ OP-Assistent _____

Anästhesie MAC LA Postop IPS

Anästhesiesprechstunde _____ Datum _____ Zeit _____

Lagerung 1 – Auswahlfeld AK Test EC 2 4 Cellsaver

Lagerung 2 – Auswahlfeld Allergien: _____ Gerinnung: _____

Informationen für OP (Leih-Material, -Instrumente, -Implantate)

Standards sind im ORBIS hinterlegt. Alle darüber hinaus gehenden Zusätze bitte hier eintragen:

Datum _____ Stempel und Unterschrift Arzt _____