

# Operationsanmeldung



Spital Zollikerberg  
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Bitte elektronisch senden: [disposition@spitalzollikerberg.ch](mailto:disposition@spitalzollikerberg.ch), Telefon 044 397 26 27

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		W	M
Geburtsdatum			
Strasse			
PLZ / Ort			
Telefon privat		Mobile	
AHV-Nr.		Patient ist zurzeit stationär	

Einweisungsgrund	Krankheit	Unfall	Mutterschaft	Selbstzahler
	allgemein Kanton	allgemein CH	Halbprivat	Privat

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Unfallversicherung \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung Unfall/Police-Nr. \_\_\_\_\_

	Eintritt Vortag	Eintritt nüchtern	amb. mit Bett	amb. ohne Bett
--	-----------------	-------------------	---------------	----------------

Eintritt am \_\_\_\_\_ Zeit \_\_\_\_\_ Operation am \_\_\_\_\_ Schnittzeit \_\_\_\_\_

Name Zuweiser \_\_\_\_\_

## Medizinische Angaben

Diagnose: \_\_\_\_\_

Operation(en) \_\_\_\_\_ rechts links Nicht  
Pflichtleistung

1. Eingriff: \_\_\_\_\_

2. Eingriff: \_\_\_\_\_

3. Eingriff: \_\_\_\_\_

4. Eingriff: \_\_\_\_\_

5. Eingriff: \_\_\_\_\_

OP-Dauer in Min. \_\_\_\_\_ Aufenthaltsdauer in Tagen \_\_\_\_\_

Operateur \_\_\_\_\_ OP-Assistent \_\_\_\_\_

Anästhesie \_\_\_\_\_ MAC \_\_\_\_\_ LA \_\_\_\_\_ Postop IPS \_\_\_\_\_

Anästhesiesprechstunde \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

AK Test \_\_\_\_\_ EC \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ Cellsaver \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_ Gerinnung: \_\_\_\_\_

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

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

Datum: \_\_\_\_\_ Name und  
Adresse des  
Zuweisers \_\_\_\_\_