

ANMELDUNG ZUR OPERATION DURCH KLINIK / PRAXIS

ANGABEN ZUR PERSON

Name	Vorname	Geschlecht (anatomisch)	
.....	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Strasse und Nummer	PLZ und Ort	Geburtsdatum	e-mail-Adresse
.....
Telefon 1	Telefon 2	Grösse [cm]	Gewicht [kg]
.....
Name hausärztliche Praxis und Ort			
.....			

Name, Adresse und Telefonnummer der gesetzlichen Vertretung / Vormund / Pflegeheim

.....

ANGABEN ZUM DEBITOR

Name Garant	Versicherungsnummer	Versicherungskarten-Nr. (20-stellig)
.....	80756...
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung / IV	<input type="checkbox"/> Unfalldatum / IV-Verfügungs-Nr. beiliegend
<input type="checkbox"/> Selbstzahler*in	<input type="checkbox"/> Pauschale	<input type="checkbox"/> Sonstiges

ANGABEN ZUR OPERATION

Diagnose	Operateur*in		
.....		
Operation	OP-Dauer		
.....		
OP-Datum	OP-Beginn	Eintrittszeit	Bevorzugtes Anästhesieverfahren
.....	<input type="checkbox"/> Vollnarkose <input type="checkbox"/> Sedation (Dämmerschlaf)

Besonderes (wichtige Vorerkrankungen, Antibiotika zur OP etc.)

Folgende zusätzliche Unterlagen folgen:

.....

Datum	Unterschrift Operateur*in
.....

Stempel Praxis / Klinik