

Eintritt /OP-Anmeldung

┌ Adresse / Stempel Belegarzt ┐
└────────────────────────────────┘

Patientendisposition
GZO Spital Wetzikon
Fax: 044 / 934 22 54
patientendisposition@gzo.ch

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
Telefon P: _____
Telefon G: _____

Vorname: _____
Geschlecht: weiblich männlich
Wohnort: _____
Telefon Mobile: _____
e-mail: _____

Krankheit Unfall
 Allgemein HP P Selbstzahler

Checkup durch Hausarzt: ja nein
Name / Vorname / Ort / Tel des Hausarztes:

Versicherung: _____
Versicherungsnr: _____
Unfall- Schadenr: _____

AHV-Nr: _____

Diagnose _____	ICD-10 _____

Eingriff _____	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li
Anästhesie: <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> LA standby <input type="checkbox"/> ITN <input type="checkbox"/> _____	

Anästhesiesprechstunde: ja nein _____

Eintrittsdatum: _____
Geplante OP Dauer: _____
Geplante Hosp.- Dauer: _____

OP Datum: _____
Anzahl Assistenten: _____

Spezielles präoperativ:

Labor Routine: ja nein
Blut testen: ja nein
TS: ja nein

Blutungsprophylaxe: Cyklokapron ja
Fraxi-Dosierung: _____
Antibiose: Kefzol 2 g/iv. ja

Spezielles im OP:

Lagerung: _____
Implantate: _____

Cell-saver: ja nein
BV: ja nein
Laparoskopie-Turm ja nein

Kopie:

OP Anästhesie Sozialberatung
Kur/Reha: ja nein

Datum: _____
Visum Arzt _____