

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	PLZ / Wohnort	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Telefon P	_____
Geburtsdatum	_____	Telefon G	_____
KK / UVG	_____	Handy	_____
<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Privat		Hausarzt	_____

Eintritt/Aufenthalt

<input type="checkbox"/> TK (mit Bett)	<input type="checkbox"/> Ambulant (ohne Bett)	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
<input type="checkbox"/> Bitte um Zusendung eines Aufgebots	<input type="checkbox"/> Zusendung eines Aufgebots nicht nötig		

Eintrittsdatum _____ **Eintrittszeit** fix _____ Uhr (in spez. Fällen)

Bitte teilen Sie Ihren Patient/Innen mit, dass sie **am Tag vor der Operation** zwischen **11:30 - 12:00 Uhr** die **031 390 99 99** anrufen, damit sie die genaue **Eintrittszeit** erfahren.

Anästhesie

Eintritt am Op-Tag nüchtern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Gewünschte Anästhesie	<input type="checkbox"/> Stand-by	<input type="checkbox"/> i. v. Block	<input type="checkbox"/> Spinal	<input type="checkbox"/> PDA	<input type="checkbox"/> ITN
	<input type="checkbox"/> andere	_____			
Mitteilung an Anästhesie	_____				

Diagnose/Operation

Voraussichtliche Op-Dauer _____ Minuten

Behandelnder Arzt	<input type="checkbox"/> Dr. A. Stupnicki	<input type="checkbox"/> Dr. A. Stiefel
	<input type="checkbox"/> Dr. R. Dubach	<input type="checkbox"/> Dr. J.-D. Bettex
	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Bemerkungen _____