

Patientenanmeldung zur Operation

☐ männlich ☐ weiblich Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Strasse, Nr.: PLZ, Wohnort:

E-Mail: Tel. Nr.:

Ansprechperson bei Kindern/beeinträchtigten Personen:

Operation:

Seite (rechts/links):.....

OP-Datum: OP-Beginn:

Operateur: OP-Dauer: h/min

Einweisungsdiagnose (Hauptdiagnose):

Nebendiagnosen (Begleitkrankheiten):

Gewünschte / vereinbarte Narkoseform:

Sonstige wichtige Zusatzinformationen:

☐ KVG Garant und Policen-/VEKA-Nummer :

☐ UVG Garant und Unfall-Nr. oder Unfallschein:

☐ IVG/EL (IV-Nummer und Verfügung beiliegend)

☐ Sozialamt (Verfügung / Kostengutsprache beiliegend)

☐ Selbstzahler

Bemerkungen/

Beilagen:

Ort, Datum: Unterschrift zuweisende/r Ärztin/Arzt: