

ANFRAGE FÜR KOSTENVORANSCHLAG



Anmeldung und Eintritt
L1.01

Kostenvoranschlag für:

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum ____/____/____

weiblich

männlich

Bemerkung zu Patient: _____

Kostenvoranschlag in

deutsch

englisch

Operateur _____

Diagnose _____

Operation _____

ICD-10

(Diagnose-Code)

CHOP

(Behandlungs-/OP-Code)

OP-Dauer _____ Aufenthaltsdauer Anzahl Nächte _____

Krankenkassenpflichtiger Eingriff

ja

nein

Krankenkasse/Unfallversicherung _____

Deckung

Allgemein

Halbprivat

Privat

Krankheit

Unfall

Unfall über KK

Kostenvoranschlag gewünscht für

1er-Zimmer

2er-Zimmer

Für die Operation wird folgendes benötigt

Arthroskop

BV/C-Bogen

Endoskop

ORL-Turm

Mikroskop

Phako

Landmarx

Ultracision

Physiotherapie Anzahl _____

Labor/Pathologische Untersuchung _____

Implantate/Firma _____

Besonderes _____

Honorar Operateur _____

Allgemeinanästhesie

Regionalanästhesie

LA mit Ue

mit Umlagern

Anästhesie-Zeit: _____

Honorar Anästhesie: _____

(Wird von der Anästhesie ausgefüllt)

Kostenvoranschlag direkt an Patienten senden (Kopie an Operateur)

Kostenvoranschlag an Operateur

Fax

Mail

Datum ____/____/____

Unterschrift _____

Formular senden an Fakturation, Klinik Pyramide **per Mail: fakturation@pyramide.ch** oder Fax: 044 388 16 15