

# Haus zur Pyramide

Klausstrasse 10, 8034 Zürich

Coplan \_\_\_\_\_

## OP-Anmeldung für Tagesklinik

Name \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  
Strasse \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Tel. Privat \_\_\_\_\_  
Sprache \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
Tel. Kontaktperson \_\_\_\_\_

Operateur \_\_\_\_\_ Assistent \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Operation \_\_\_\_\_

OP-Dauer \_\_\_\_\_ Lagerung \_\_\_\_\_

Besonderes \_\_\_\_\_

OP-Datum//Zeit \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Eintritts-Zeit \_\_\_\_\_

Schnitt- / Nahtzeit: \_\_\_\_\_

Allgemeinanästhesie  Regionalanästhesie  LA mit Ue  
 Keine präoperativen Abklärungen notwendig  Patient lehnt Blut/Blutprodukte ab  
 Präoperative Abklärungen gemäss Algorithmus werden durch den Operateur veranlasst  
Präoperative Verordnung \_\_\_\_\_  Labor  EKG  Röntgen  
Allergien: \_\_\_\_\_  
BMI (Gewicht/Grösse) \_\_\_\_\_  Infektiöse Krankheiten  
 Eigenblut \_\_\_\_\_ Anzahl \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Absender / Unterschrift \_\_\_\_\_

**Formular per Mail an:** Disposition, Klinik Pyramide, [disposition@pyramide.ch](mailto:disposition@pyramide.ch)  
(Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, die Mails mit HIN-Verschlüsselung zu senden.)