Haus zur Pyramide

Klausstrasse 10, 8034 Zürich

Coplan _____

OP-Anmeldung für Tagesklinik

Name _____ E-Mail _____

Vorname _____ ❑ weiblich ❑männlich

Strasse _____ Geburtsdatum _____/_____/_____

PLZ/Ort _____ Tel. Privat _____

Natel _____

Sprache _____ 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

❑ 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 senden an *Disposition, Klinik Pyramide* ***per Mail: disposition@pyramide.ch*** *oder Fax: 044 381 26 26*