

Eintritt: _____ Grund: _____

Personalien

Name: _____ Vorname: _____
Strasse Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
AHV-Nr.: _____ Geschlecht: _____ Geburtsdatum: _____
Tel. / Mob.: _____ E-Mail: _____

Kostenträger

Vers.-Klasse: _____
Grundvers.: _____ Vers.-Nr. OKP: _____
Zusatzvers.: _____ Vers.-Nr. VVG: _____
Unfallvers.: _____ Unfall.-Nr.: _____
ArbeitgeberIn: _____ Unfall.-Datum: _____

Hausarzt/Hausärztin (falls unterschiedlich zu Belegarzt*in)

Name: _____ Telefon: _____
Adresse: _____

Vorgesehene Operation/Behandlung

Eingriff durchgeführt von: _____
Eintrittsdatum: _____ Aufenthaltsdauer _____ Tage Operationsdatum: _____ Operationsdauer: _____ min
Hauptdiagnose: (mit ICD-10 Code)

Operation/Behandlung:

Besonderes: (Bsp. Osteosynthesematerial., Spezieller Verband oder Gips, Sentinel, ...)

Schnellschnitt: Nein Ja Antibiotikaprophylaxe: Nein Ja Anästhesiesprechstunde: Nein Ja
Anästhesie: _____

Nebendiagnosen/Medikamente: (Befunde/Medikamentenliste zwingend mitsenden!)

Wichtige Bemerkungen: (Bsp. ausserkantonale Hospitalisation, AVOS-Ausnahmekriterien, weitere)

Belegarzt*in

Tel.: _____ Mob.: _____
E-Mail: _____
GLN: _____ ZSR: _____
Datum: _____

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Klinik des Bethesda Spitals.