

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.