

Eintritt**Patientenanmeldung Tagesklinik**(für nichtchirurgische Patienten und Verbandwechsel)**Patientendisposition, 8810 Horgen**

Tel.: 044 728 11 01

Fax: 044 728 11 05

Personalien (Etikette):**Hospitalisationsart:**

Name:	<input type="checkbox"/> teilstationär (TS) <input type="checkbox"/> ambulant		
Vorname:	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit		
Geb. Datum:			
Strasse:	Versicherung:		
PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbpriv. <input type="checkbox"/> Privat		
Tel. Privat:	<input type="checkbox"/> Alte KGs erforderlich		
Tel. Mobile	<input type="checkbox"/> alte KGs nicht erforderlich		
Tel. Geschäft:			
Hausarzt:			
Berichtskopie an:			
Untersuchungen / Therapien / VW am: (mehrere Daten möglich)			
Geplante Untersuchung/Therapie:			
<input type="checkbox"/> Gastro / Entero / Hepatologie	<input type="checkbox"/> Desensibilisierung		
<input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Chemotherapie		
<input type="checkbox"/> Andere Therapien	<input type="checkbox"/> Verbandwechsel		
Behandelnde/r/Ausführende/r:		Dauer in h:	
Eigene Medikamente:			
Allergien:			
Diagnosen und Zusatzerkrankungen:			
Untersuchung / Therapie:			
Diagnose:			
Nebendiagnosen:			
Abklärungen	<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Spital	<input type="checkbox"/> keine nötig
Terminbestätigung Hausarzt durch Dispo	<input type="checkbox"/> ja Datum:	<input type="checkbox"/> nein	
Anästhesie:			
<input type="checkbox"/> keine Anästhesie	<input type="checkbox"/> Anästhesie nötig	<input type="checkbox"/> LA mit ÜW	Anästhesie-SS (TS/SDS) am
Massnahmen nach Eintritt:			
<input type="checkbox"/> Blutentnahme:			
<input type="checkbox"/> Infusion:			
<input type="checkbox"/> Andere Vorbereitung:			
Voraussichtliche Tagesklinikaufenthaltsdauer:		h	
Überwachung:			
Früheste Entlassung:			
Verschiedenes:			
Arzt kommt vorbei <input type="checkbox"/>		Zeit:	Nächster Termin: Wo:

Datum der Anmeldung:

Stempel und Unterschrift: