Christoffel OP

Christoffelgasse 6 | 3011 Bern

Tel. 031 313 56 56

Fax 031 313 56 55

info@christoffel-op.ch

**OP-Datum**

**Patientenangaben**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name / Vorname** |       | [ ]  m [ ]  w | **Geburtsdatum**       |
| **Strasse, Nr. /** **PLZ / Ort** |            |
| **Telefon privat****Natel** |            | **AHV-Nummer**      |
| **E-Mail**  |       |  |

**Krankenkassenangaben**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klasse** | [ ]  Allgemein | [ ]  Halbprivat | [ ]  Privat |  |  |
| **Eintrittsgrund** | [ ]  Krankheit | [ ]  Unfall |  |  |  |  |

**Kostenübernahme durch:** [ ]  Krankenkasse [ ]  UVG / SUVA [ ]  IV [ ]  MV [ ]  Selbstzahler

**Grundversicherung**:       Versicherungs-Nr.       Schaden Nr:

**Zusatzversicherung**:       Versicherungs-Nr.       Unfalldatum:

|  |  |
| --- | --- |
| **Eingriff**      |  |
| **Spezialinstrumente | Material**      | **OP-Seite** | [ ]  links |
|  | [ ]  rechts |
| **Lagerung** | [ ]  Rückenlage |
|  | [ ]  Beachchair |
|  |  |
| Bemerkung**:**      |
| **Geplante Operationsdauer**:      Min. **Assistenzärzte**       |  |  |

**Geräte | Hilfsmittel**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  OrthoScan | [ ]  Kaustikgerät | [ ]  flexibles Armbänkli |  |  |  |
| Angaben **Anästhesie** |  |  |
| [ ]  ITN | [ ]  Larynxmaske | [ ]  L.A. Standby Anästhesie |  |
|  |  |

**Bemerkung | wichtige Zusatzinformationen**

**Allergien**:  **Sonstiges:**

**Dr. med. Philipp Bissig**

Salvisbergstrasse 4 | 3006 Bern

Tel: 031 358 12 48 Datum:

schulter@sonnenhof.ch