Spital Bülach

Anmeldung für einen Spitalaufenthalt

Zuweisender Arzt / Institution

Name
Strasse
PLZ / Ort
Telefon
(Abteilung)

Anmeldung für:

☐ Chirurgie ☐ Gynäkologie ☐ Medizin
☐ Orthopädie
☐ Urologie

Eintritt

☐ dringend ☐ innert Tagen ☐ Wunschtermin

Behandlung

☐ Operation ☐ Abklärung/Diagnostik ☐ Sprechstunde vor Operation erwünscht

Patienten Angaben

Name	☐ weiblich ☐ männlich
Vorname	Tel Privat
Geb.-Datum	Tel Mobil
Adresse	Tel Geschäft
PLZ / Ort	

Diagnose

Relevante Nebendiagnosen

Abklärung

Operation

Medikamente

Hausarzt
Adresse
PLZ/Ort
Telefon

Krankenkasse:
Mitglieder-Nr.:

☐ Allg. Abteilung / 4-Bett-Zimmer (A1)
☐ Halbprivat / 2-Bett-Zimmer (P3)
☐ Privat / 1-Bett-Zimmer (P1)

Orientierung	☐ orientiert	☐ selbständig	☐ Sitzwache notwendig
Mobilität	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung	
Hilfsmittel	☐ Gehstock	☐ Rollator	☐ Rollstuhl
Körperpflege	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung	
Ernährung	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung	
Spezielles	☐ PEG	☐ Tracheostoma	

Beilagen

☐ Röntgenbilder ☐ Labor ☐ EKG ☐

Ort, Datum

Name _____
Stempel und Unterschrift

Spital Bülach, Spitalstrasse 24, 8180 Bülach **Tel 044 / 863 22 11 Fax Zentrale 044 / 863 24 32**