



Anmeldung Gips

Zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin / Institution

Name _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
(Abteilung) _____

Eintritt

dringend _____
 innert _____ Tagen
 Wunschtermin _____

Angaben Patient/Patientin

Name _____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich _____
Vorname _____	Tel privat _____
Geburtsdatum _____	Tel mobil _____
Adresse _____	Tel Geschäft _____
PLZ/Ort _____	

Diagnose

Relevante Nebendiagnosen

Versicherung

Krankenkasse _____	Mitglieder-Nr.: _____
Unfallversicherung _____	Fall-Nr.: _____

Beilagen

Röntgenbilder



Seite rechts links

Gewünschte Applikationen

Obere Extremitäten

Schienen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Daumenrinne | <input type="checkbox"/> dorsale Anschlagsschiene |
| <input type="checkbox"/> palmare 4-Finger-Schiene | <input type="checkbox"/> dorsale Oberarmschiene |
| <input type="checkbox"/> dorsale Unterarmschiene | <input type="checkbox"/> Oberarm-Sarmiento-Brace |
| <input type="checkbox"/> volare / palmare Unterarmschiene | |

Zirkuläre Verbände

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Radiusgips | <input type="checkbox"/> Oberarmgips |
| <input type="checkbox"/> Scaphoidgips | <input type="checkbox"/> St. Moritzgips |
| <input type="checkbox"/> Bennettgips | |

Untere Extremitäten

Schienen

- Unterschenkelschiene
- Achillessehnschiene

Zirkuläre Verbände

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Unterschenkelgips | <input type="checkbox"/> Kniehülse / Tutor |
| <input type="checkbox"/> Calcaneusgips | <input type="checkbox"/> Sarmiento-Gehgips |
| <input type="checkbox"/> Geishaschuh | <input type="checkbox"/> Softcast OSG |
| <input type="checkbox"/> Oberschenkelgips | |

Besonderes

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gips fenstern | <input type="checkbox"/> gespalten |
| <input type="checkbox"/> Gips keilen | <input type="checkbox"/> Zirkularisation |
| <input type="checkbox"/> geschlossen | |

Stellung / Winkel _____

Diverses

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> BV | <input type="checkbox"/> Rucksackverband |
| <input type="checkbox"/> Daumenorthese | <input type="checkbox"/> spezielle Fixation (nur nach persönlicher Instruktion) |
| <input type="checkbox"/> Div. Finger / Metacarpalschienen | <input type="checkbox"/> Sohle Carbon, hart |
| <input type="checkbox"/> Extension | <input type="checkbox"/> Twin Tape |
| <input type="checkbox"/> Gilchristverband | <input type="checkbox"/> Ultra Sling Don Joy |
| <input type="checkbox"/> Handgelenksorthese | <input type="checkbox"/> Vacoped |
| <input type="checkbox"/> Knieklettschiene | <input type="checkbox"/> Vacopedes |
| <input type="checkbox"/> Medi Shoulder | <input type="checkbox"/> Vacosplint |
| <input type="checkbox"/> Mitella | <input type="checkbox"/> Vacosplint (Antiration) |
| <input type="checkbox"/> OSG-Schiene (Chrisofix-Splint) | <input type="checkbox"/> Vacotalus |
| <input type="checkbox"/> Reposition | <input type="checkbox"/> Zinkleimverband |

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Email an das Sekretariat Bewegungsapparat:
bewegungsapparat@spitalbuelach.ch