

Anmeldung Zentrum für integrative, komplementäre Medizin & TCM (ZIMT)



**Spital
Zollikerberg**

Zentrum für integrative, komplementäre
Medizin & TCM (ZIMT)
Trichtenhauserstrasse 2
CH-8125 Zollikerberg
T +41 44 397 28 11
zimt@spitalzollikerberg.ch

Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)

AHV-Nr.: _____ Pat.ID: _____

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weibl. männlich

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort/Kanton: _____

Zivilstand: Ledig Verheiratet Eingetragene Partnerschaft Geschieden Ausgetragene Partnerschaft Verwitwet

Telefon: Privat: _____ Mobil: _____ Geschäft: _____ E-Mail: _____

Versicherungsklasse (Für die präzise Registrierung der Anmeldung sind wir auf den Namen der Krankenkasse und den Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten angewiesen.)

Allgemein grundversichert Allgemein ganze CH Halbprivat Privat Spitalzusatzvers. amb. Eingriffe Selbstzahler:in

Grundversicherung (KVG)/Sektion: _____

Zusatzversicherung (VVG)/Sektion: _____

Versicherungskartenummer KVG: _____ Versicherungskartenummer VVG: _____

Dringlichkeit:

Notfall dringend (innerhalb 1 Woche) rasch (1-2 Wochen) sobald als möglich

Zuweisungsgrund:

Kurzdiagnose/Befunde:

Bemerkungen:

Medikamente

Name Zuweiser:in: _____ Kopie gewünscht, an: _____

Name Hausärzt:in: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift der anmeldenden Ärztin/
des anmeldenden Arztes