

# Anmeldung TCM Zollikerberg

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

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_ Pat.ID: \_\_\_\_\_

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weibl. männl.

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: \_\_\_\_\_

Versicherungskartennummer KVG: \_\_\_\_\_ Versicherungskartennummer VVG: \_\_\_\_\_

## Dringlichkeit:

Notfall (gleicher Tag) dringend (2–3 Tage) rasch (1–2 Wochen) sobald als möglich

## Zuweisungsgrund:

## Kurzdiagnose / Befunde:

## Medikation:

## Bemerkungen:

Name Zuweiser:in: \_\_\_\_\_ Kopie gewünscht, an: \_\_\_\_\_

Name Hausärzt:in: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin /  
des anmeldenden Arztes