



Patientenanmeldung

Prof. Dr. med. Hisham Fansa
Stv. Klinischer Direktor BrustCentrum Zürich
Leitung Standort Spital Zollikerberg
Chefarzt Plastische Chirurgie

Trichtenhauserstrasse 20
8125 Zollikerberg
D +41 44 397 24 88
F +41 44 397 23 60
brustcentrum@spitalzollikerberg.ch

Personalien (wie amtlich angemeldet gemäs ID, Pass, Ausländerausweis)				
AHV-Nr.:		Pat.ID:		
Name /Vorname				
Geburtsdatum				
Strasse /Nummer				
PLZ /Ort /Kanton				
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
Telefon	Privat:	Mobile:	Geschäft:	
Versicherungsklasse (Für die präzise Registrierung der Anmeldung sind wir auf den Namen der Krankenkasse und den Versicherungsstatus des Patienten angewiesen. Bitte nennen Sie diese Daten untenstehend.) <input type="checkbox"/> Allgemein grundversichert <input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Selbstzahler Grundversicherung (KVG)/Sektion: _____ Zusatzversicherung (VVG)/Sektion: _____				
Dringlichkeit <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> dringend (innerhalb 1 Woche) <input type="checkbox"/> rasch (innerhalb 1-2 Wochen) <input type="checkbox"/> nicht dringend				
Zuweisungsgrund <input type="checkbox"/> Diagnostische Abklärung bei Verdacht auf Mamma-CA <input type="checkbox"/> Sekundäre Brustrekonstruktion <input type="checkbox"/> Bekanntes Mamma-CA (Therapieplanung) <input type="checkbox"/> Andere Brusterkrankung <input type="checkbox"/> Implantatprobleme <input type="checkbox"/> _____				
Diagnose /Fragestellung				
Nebendiagnosen /Voroperationen				
Bemerkungen				
Name Zuweiserin /Zuweiser		Kopie gewünscht, an		
Name Hausarzt		Stempel und Unterschrift der /des angemeldeten Ärztin /Arztes		
		Datum		