

# Anmeldung zur Kinder-Permanence



**Spital  
Zollikerberg**

Kinder-Permanence Spital Zollikerberg  
Praxiszentrum Zollikerberg  
Trichtenhauserstrasse 20  
CH-8125 Zollikerberg  
T +41 44 397 28 50 Praxis  
T +41 44 397 28 52 Sekretariat  
F +41 44 397 38 51  
kinder@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: \_\_\_\_\_

Telefon: Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

## Anmeldegrund:

Krankheit  Unfall  Vorsorge  andere: \_\_\_\_\_

## Personalien Eltern:

**Mutter** – Name/Vorname: \_\_\_\_\_ **Vater** – Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Telefon Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

## Termin:

Patient:in bitte aufbieten  bereits angemeldet: Datum: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Untersuchung:

Ultraschalldiagnostik: \_\_\_\_\_

Anderes: \_\_\_\_\_

## Anamnese/Klinische Angaben:

## Bemerkungen:

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

Name Hausarzt:in: \_\_\_\_\_

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

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin/  
des anmeldenden Arztes