

Anmeldung Chirurgie

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:

☐ Zur Beurteilung ☐ Zur OP-Besprechung / Operation ☐ Zur weiteren Therapie ☐ Zur weiteren Diagnostik

Diagnose / Voroperationen:

Patient nimmt:

☐ Aspirin oder ähnliches ☐ Plavix oder ähnliches ☐ Orale Antikoagulantien

Bereits vorliegende Abklärungen:

Röntgen:

Datum _____
Bilder im SZB
Pat. bringt Bilder mit

Labor:

Werte beiliegend
Pat. bringt Werte mit

Andere:

Was? _____
In der Beilage
Pat. bringt Befunde mit

Bemerkungen:

Bitte auswählen, falls Sie die präoperativen Abklärungen NICHT in Ihrer Praxis machen können.

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

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin /
des anmeldenden Arztes