

Zuweisung Augenzentrum Zollikerberg



**Spital
Zollikerberg**

Augenzentrum Zollikerberg
Prof. Dr. med. Matthias Becker, Chefarzt
Dr. med. Cengiz Türksever, Leitender Arzt
Trichtenhauserstrasse 12
CH-8125 Zollikerberg
T +41 44 397 33 11 Sekretariat
augenzentrum@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) nicht dringend

Zuweisungsgrund:

- Katarakt-Sprechstunde (für Augenärzte) Glaukom-Sprechstunde (für Augenärzte)
 Chirurgische Sprechstunde (für Augenärzte) Allgemeine Ophthalmologische Untersuchung (für Hausärzte)
 Abklärung Fahrtauglichkeit (für Hausärzte)

Diagnose / Fragestellung:

Nebendiagnosen / Voroperationen:

Bemerkungen:

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

Name Hausärzt:in: _____

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin /
des anmeldenden Arztes