

# Zuweisung Persönl. Sprechstunde Kaderarzt



**Spital  
Zollikerberg**

Klinik für Chirurgie  
Chefarzt Dr. med. Andreas Schierz  
Chirurgie FMH  
Trichtenhauserstrasse 20  
CH-8125 Zollikerberg  
T +41 44 397 22 95  
F +41 44 397 28 07  
chirurgie@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 (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 / Fragestellung:

## Nebendiagnosen / Voroperationen:

Patient:in nimmt:  Aspirin o. Ähnliches  Plavix o. Ähnliches  Orale Antikoagulantien

## Bereits vorliegende Abklärungen

Röntgen:  Datum: \_\_\_\_\_  Bilder im SZB  Patient:in bringt Bilder mit

Labor:  Werte beiliegend  Patient:in bringt Werte mit

Andere:  Was: \_\_\_\_\_  In der Beilage  Patient:in bringt Befunde mit

## Bemerkungen:

Bitte ankreuzen, 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