

Zuweisung Chirurgische Sprechstunde



**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