

Zuweisung Persönl. Sprechstunde Kaderarzt



**Spital
Zollikerberg**

Klinik für Chirurgie
Leitende Ärztin Dr. med. Cornelia Frei-Lanter
Chirurgie FMH
Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg
T +41 44 397 26 63
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: _____

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 / 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