

# Patientenanmeldung

Stationär / Ambulant



**Spital  
Zollikerberg**

Trichtenhauserstrasse 20  
CH-8125 Zollikerberg  
T +41 44 397 21 11  
F +41 44 397 21 12  
info@spitalzollikerberg.ch  
www.spitalzollikerberg.ch

Bitte elektronisch senden: disposition@spitalzollikerberg.ch, T +41 44 397 26 27

## 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: \_\_\_\_\_

**Op- und Bettendisposition**  
disposition@spitalzollikerberg.ch  
T +41 44 397 26 27  
F +41 44 397 23 75

**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: \_\_\_\_\_

Patient:in ist zurzeit stationär Einweisender Arzt: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Behandlung

Stationär  Ambulant  Tagesklinik

Akutgeriatrie  Palliative Care  Chirurgie  Medizin  Mutterschaft  IS (IPS)  AWR  Gynäkologie

Radiologie  Anästhesiesprechstunde

Eintritt am: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_ Intervention um: \_\_\_\_\_  nüchtern ja

Patient:in bitte aufbieten:  Ja  Nein Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_

## Medizinische Angaben / Befunde

**Diagnose:**

**Intervention:**

**Besonderheiten:**

Name Zuweiser:in: \_\_\_\_\_ Kopie gewünscht, an: \_\_\_\_\_

Name Hausarzt:in: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin /  
des anmeldenden Arztes