

Anmeldung Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)



**Spital
Zollikerberg**

Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
Trichtenhauserstrasse 2
CH-8125 Zollikerberg
T +41 44 397 28 11
zimt@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 ☐ dringend (innerhalb 1 Woche) ☐ rasch (1-2 Wochen) ☐ sobald als möglich

Zuweisungsgrund:

Kurzdiagnose/Befunde:

Bemerkungen:

Medikamente

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

Name Hausärzt:in: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift der anmeldenden Ärztin/
des anmeldenden Arztes