

Anmeldung

Augenzentrum Zollikerberg

Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)

AHV-Nr.: _____ Pat.ID: _____
Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ Weibl. ☐ Männl.
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) ☐ Nicht dringend

Zuweisungsgrund:

☐ Katarakt-Sprechstunde (für Augenärzt:innen) ☐ Chirurgische Sprechstunde (für Augenärzt:innen)
☐ Abklärung Fahrtauglichkeit (für Hausärzt:innen) ☐ Glaukom-Sprechstunde (für Augenärzt:innen)
☐ Allgemeine Ophthalmologische Untersuchung (für Hausärzt:innen)

Diagnose / Fragestellung:

Nebendiagnosen / Voroperationen:

Bemerkungen:

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

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin /
des anmeldenden Arztes