

# Anmeldung Plastische Chirurgie



**Spital  
Zollikerberg**

Chefarzt Prof. Dr. med. Hisham Fansa  
Trichtenhauserstrasse 20  
CH-8125 Zollikerberg  
T +41 44 397 38 60 Sekretariat  
F +41 44 397 38 69  
plast.chir@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: \_\_\_\_\_

## Anmeldegrund:

Krankheit  Unfall  Vorsorge  andere: \_\_\_\_\_

## Dringlichkeit:

Notfall (gleicher Tag)  dringend (2-3 Tage)  rasch (1-2 Wochen)  nicht dringend

## Zuweisungsgrund:

Brustkrebs  Implantatruptur  Sekundäre Rekonstruktion  Defektwunde  Nervenläsion  \_\_\_\_\_

## Diagnose / Fragestellung:

## Nebendiagnosen/Voroperationen:

## Bemerkungen:

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

Name Hausärzt:in: \_\_\_\_\_

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

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin /  
des anmeldenden Arztes