

Zuweisung Persönliche Sprechstunde Kaderarzt



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Chirurgische Klinik
Leitender Arzt Dr. med. Martin Gerber
Chirurgie FMH
Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg
chirurgie@spitalzollikerberg.ch

Tel. +41 (0)44 397 26 81
Fax +41 (0)44 397 28 07

Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)	
Name / Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse / Nummer	
PLZ / Ort / Kanton	
Telefon Privat:	Geschäft:
Mobile:	
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Versicherungsklasse (Für die präzise Registrierung der Anmeldung sind wir auf den Namen der Krankenkasse und den Versicherungsstatus des Patienten angewiesen. Bitte nennen Sie diese Daten untenstehend)	
<input type="checkbox"/> Allgemein grundversichert <input type="checkbox"/> Allgemein ganze CH <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Selbstzahler	
Grundversicherung (KVG) / Sektion: _____ Zusatzversicherung (VVG) / Sektion: _____	

Dringlichkeit:
<input type="checkbox"/> Notfall (gleicher Tag) <input type="checkbox"/> Dringend (2-3 Tage) <input type="checkbox"/> rasch (1-2 Wochen) <input type="checkbox"/> sobald als möglich

Zuweisungsgrund:
<input type="checkbox"/> zur Beurteilung <input type="checkbox"/> zur OP-Besprechung / Operation <input type="checkbox"/> zur weiteren Therapie <input type="checkbox"/> zur weiteren Diagnostik

Diagnose / Fragestellung:

Nebendiagnosen / Voroperationen:

Patient nimmt:
<input type="checkbox"/> Aspirin o ähnliches <input type="checkbox"/> Plavix o. ähnliches <input type="checkbox"/> Orale Antikoagulantien

Bereits vorliegende Abklärungen:						
<table border="1"> <tr> <td>Röntgen:</td> <td>Labor:</td> <td>Andere:</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Datum: <input type="checkbox"/> Bilder im SZB <input type="checkbox"/> Pat. bringt Bilder mit </td> <td> <input type="checkbox"/> Werte beiliegend <input type="checkbox"/> Pat. bringt Werte mit </td> <td> <input type="checkbox"/> Was ? <input type="checkbox"/> In der Beilage <input type="checkbox"/> Pat. bringt Befunde mit </td> </tr> </table>	Röntgen:	Labor:	Andere:	<input type="checkbox"/> Datum: <input type="checkbox"/> Bilder im SZB <input type="checkbox"/> Pat. bringt Bilder mit	<input type="checkbox"/> Werte beiliegend <input type="checkbox"/> Pat. bringt Werte mit	<input type="checkbox"/> Was ? <input type="checkbox"/> In der Beilage <input type="checkbox"/> Pat. bringt Befunde mit
Röntgen:	Labor:	Andere:				
<input type="checkbox"/> Datum: <input type="checkbox"/> Bilder im SZB <input type="checkbox"/> Pat. bringt Bilder mit	<input type="checkbox"/> Werte beiliegend <input type="checkbox"/> Pat. bringt Werte mit	<input type="checkbox"/> Was ? <input type="checkbox"/> In der Beilage <input type="checkbox"/> Pat. bringt Befunde mit				

Bemerkungen:

<input type="checkbox"/> Bitte ankreuzen falls Sie die präoperativen Abklärungen NICHT in Ihrer Praxis machen können.

Name Zuweiserin/Zuweiser: _____ Name Hausarzt: _____	<input type="checkbox"/> Kopie gewünscht, an: Stempel u. Unterschrift der/des anmeldenden Ärztin/Arztes Datum: _____
---	--