

Patientenanmeldung Frauenklinik Gynäkologie



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Frauenklinik

Chefarzt Dr. med. Eduard Vlajkovic

Gynäkologie / Geburtshilfe FMH

Schwerpunkt Operative Gynäkologie / Geburtshilfe

Trichtenhauserstrasse 20

CH-8125 Zollikerberg

frauenklinik@spitalzollikerberg.ch

Tel. +41 (0)44 397 24 14 Praxis

Tel. +41 (0)44 397 24 15 Sekretariat

Fax +41 (0)44 397 20 10

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 der Patientin 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: _____				

Zuweisungsgrund (Operation, gewünschte Untersuchung, Spezialsprechstunden):

<input type="checkbox"/> Operation: durch mich: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<u>Spezialsprechstunden:</u> <input type="checkbox"/> US – Diagnostik Gynäkologie <input type="checkbox"/> Reproduktionsmedizin <input type="checkbox"/> Psychosomatik <input type="checkbox"/> Familienplanung <input type="checkbox"/> Dysplasie / Kolposkopie <input type="checkbox"/> Senologie <input type="checkbox"/> Onkologie <input type="checkbox"/> Urogynäkologie
---	--

Kurzdiagnose / Befunde:

Bemerkungen:

Name Zuweiserin/Zuweiser: _____	Stempel u. Unterschrift der/des anmeldenden Ärztin/Arztes Datum: _____
Name Hausarzt: _____	