

Zuweisung Augenzentrum Zollikerberg



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen
Stadtspital Zürich



Personalien <i>(wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)</i>		Augenzentrum Zollikerberg Prof. Dr. med. Matthias Becker, Chefarzt Dr. med. Nicole Hitz-Küng, Leitende Ärztin Trichtenhauserstrasse 12 8125 Zollikerberg augenzentrum@spitalzollikerberg.ch Tel. +41 (0)44 397 33 11 Sekretariat Fax +41 (0)44 397 39 28		
AHV-Nr.:	Pat.ID:			
Name / Vorname				
Geburtsdatum				
Strasse / Nummer				
PLZ / Ort / Kanton				
Zivilstand:	ledig verheiratet geschieden verwitwet			
Telefon Privat:	Mobil:			Geschäft:
Versicherungsklasse <i>(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.)</i>				
Allgemein grundversichert Allgemein ganze CH Privat Halbprivat Selbstzahler Grundversicherung (KVG) / Sektion: Zusatzversicherung (VVG) / Sektion:				

Dringlichkeit:	Notfall	dringend (innerhalb 1 Woche)	rasch (1-2 Wochen)	nicht dringend
-----------------------	---------	------------------------------	--------------------	----------------

Zuweisungsgrund:	
Katarakt-Sprechstunde (für Augenärzte)	Allgemeine Ophthalmologische Untersuchung (für Hausärzte)
Glaukom-Sprechstunde Prof. Orgül (für Augenärzte)	Abklärung Fahrtauglichkeit (für Hausärzte)
Chirurgische Sprechstunde Prof. Becker (für Augenärzte)	

Diagnose / Fragestellung:

Nebendiagnosen / Voroperationen:

Bemerkungen:

Name Zuweiserin / Zuweiser:	Kopie gewünscht, an:
_____	_____
Name Hausärztin / Hausarzt:	Stempel u. Unterschrift der / des anmeldenden Ärztin / Arztes
_____	Datum: _____