

Zuweisung Persönliche Sprechstunde Kaderarzt



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Nephrologie und Dialysezentrum
Chefarzt Dr. med. Jörg A. Bleisch
FMH für Nephrologie/FMH für Innere Medizin
Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg

Sekretariat Tel. +41 (0)44 397 24 20
Fax +41 (0)44 397 24 21

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 weiteren nephrologischen Betreuung <input type="checkbox"/> zur weiteren Therapie <input type="checkbox"/>

Diagnose / Fragestellung:

Nebendiagnosen:

Medikation:

Bereits vorliegende Abklärungen:		
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:

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