

# Zuweisung Persönliche Sprechstunde Kaderarzt



**Spital Zollikerberg**  
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

**Chirurgische Klinik**  
**Leitender Arzt Orthopädie**  
**Dr. med. (GR) Markos Ioannou**  
Facharzt für Orthopädie u. Traumatologie  
Trichtenhauserstrasse 20  
CH-8125 Zollikerberg  
chirurgie@spitalzollikerberg.ch

Tel. +41 (0)44 397 27 88  
Fax +41 (0)44 397 26 99

<b>Personalien</b> (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: _____	

<b>Dringlichkeit:</b>
<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

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

<b>Diagnose / Fragestellung:</b>

<b>Nebendiagnosen / Voroperationen:</b>

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

<b>Bereits vorliegende Abklärungen:</b>						
<table border="0"> <tr> <td><b>Röntgen:</b></td> <td><b>Labor:</b></td> <td><b>Andere:</b></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>	<b>Röntgen:</b>	<b>Labor:</b>	<b>Andere:</b>	<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
<b>Röntgen:</b>	<b>Labor:</b>	<b>Andere:</b>				
<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				

<b>Bemerkungen:</b>

<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: _____
---	--