

# Zuweisung Persönliche Sprechstunde Kaderarzt



**Spital Zollikerberg**  
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

**Nephrologie und Dialysezentrum**  
**Leitende Aerztin Dr. med. Martina Pechula Thut**  
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

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

<b>Diagnose / Fragestellung:</b>

<b>Nebendiagnosen:</b>

<b>Medikation:</b>

<b>Bereits vorliegende Abklärungen:</b>		
<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>

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