

# Zuweisung Chirurgische Sprechstunde



**Spital Zollikerberg**  
Ihr Schwerpunkthospital im Grünen

**Chirurgische Klinik**  
**Chefarzt Dr. med. Andreas Schierz**

Chirurgie FMH  
Trichtenhauserstrasse 20  
CH-8125 Zollikerberg  
chirurgie@spitalzollikerberg.ch

Tel. +41 (0)44 397 22 95  
Fax +41 (0)44 397 28 07

<b>Personalien</b> (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)	
Name / Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse / Nummer	
PLZ / Ort / Kanton	
Telefon Privat:	Geschäft:
Mobile:	
Zivilstand:	ledig      verheiratet      geschieden      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)	
Allgemein grundversichert	Allgemein ganze CH      Privat      HP      Selbstzahler
Grundversicherung (KVG) / Sektion: _____ Zusatzversicherung (VVG) / Sektion: _____	

<b>Dringlichkeit:</b>			
Notfall (gleicher Tag)	Dringend (2-3 Tage)	Rasch (1-2 Wochen)	Sobald als möglich

<b>Zuweisungsgrund:</b>	
zur Beurteilung	zur OP-Besprechung / Operation
zur weiteren Therapie	zur weiteren Diagnostik

<b>Diagnose / Fragestellung:</b>

<b>Nebendiagnosen / Voroperationen:</b>

<b>Patient nimmt:</b>
Aspirin o. Ähnliches      Plavix o. Ähnliches      Orale Antikoagulantien

<b>Bereits vorliegende Abklärungen:</b>		
<b>Röntgen:</b>	<b>Labor:</b>	<b>Andere:</b>
Datum:	Werte beiliegend	Was ?
Bilder im SZB	Pat. bringt Werte mit	In der Beilage
Pat. bringt Bilder mit		Pat. bringt Befunde mit

<b>Bemerkungen:</b>

Bitte ankreuzen, falls Sie die präoperativen Abklärungen NICHT in Ihrer Praxis machen können.

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