

Zuweisung

Persönliche Sprechstunde Kaderarzt



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital 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

Personalien (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: _____	

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

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

Diagnose / Fragestellung:

Nebendiagnosen / Voroperationen:

Patient nimmt:		
Aspirin o. Ähnliches	Plavix o. Ähnliches	Orale Antikoagulantien

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

Bemerkungen:

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: _____