

Zuweisung  
**Persönliche Sprechstunde Kaderarzt**



**Spital Zollikerberg**  
 Ihr Schwerpunktspital im Grünen

**Chirurgische Klinik**  
**Senior Leitender Arzt Viszeralchirurgie**  
**Dr. med. Stephan Müller**

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

Tel. +41 (0)44 397 26 62  
 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:	<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"/> 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>		
<b>Röntgen:</b>	<b>Labor:</b>	<b>Andere:</b>
Datum:	Werte beiliegend	Was ?
<input type="checkbox"/> Bilder im SZB	<input type="checkbox"/> Pat. bringt Werte mit	<input type="checkbox"/> In der Beilage
<input type="checkbox"/> Pat. bringt Bilder mit		<input type="checkbox"/> 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: _____