

Anmeldung Kinder-Permanence



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Personalien Kind (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)		Kinder-Permanence Spital Zollikerberg	
AHV-Nr.:	Pat.ID:	Direkt beim Spitalzentrum	
Name/Vorname:		Trichtenhauserstrasse 20	
Geburtsdatum:		CH-8125 Zollikerberg	
Strasse/Nummer:		kinder@spitalzollikerberg.ch	
PLZ/Ort/Kanton:		Tel. +41 (0)44 397 28 50	Praxis
		Tel. +41 (0)44 397 28 52	Sekretariat
		Fax +41 (0)44 397 38 51	
Versicherung:			
Grundversicherung (KVG)/Sektion:		Policennummer:	
Personalien Eltern			
Mutter – Name/Vorname		Vater – Name/Vorname	
Telefon Privat:		Telefon Privat:	
Mobile:		Mobile:	
Termin			
Patient bitte aufbieten		bereits angemeldet: Datum:	Zeit:
Gewünschte Untersuchung			
Ultraschalldiagnostik:			
Anderes:			
Anamnese/Klinische Angaben			
Bemerkungen			
Name Zuweiserin/Zuweiser:		Kopie gewünscht, an:	
Name Hausarzt:		Stempel u. Unterschrift der/des anmeldenden Ärztin/Arztes	
		Datum:	