

# Patientenanmeldung

**Personalien** (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_ Pat.ID: \_\_\_\_\_

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort/Kanton: \_\_\_\_\_

**Zivilstand:** Ledig  Verheiratet  Eingetragene Partnerschaft  Geschieden  Ausgetragene Partnerschaft  Verwitwet

**Telefon:** Privat: \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_ **Geschäft:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

Allgemeine und praktische Allgemeine und praktische Holländische Rechte. Critisch untersucht. Einleit. S.

Allgemein grundsichernt      Allgemein ganze CH      Halbsichernt      Privat      Sprachzusatzvers. ums. Einträge      Selbstzulieferer

Grundversicherung (RVA)/Sektion: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung (VVG)/Sektion: \_\_\_\_\_

Versicherungskartennummer KVG: \_\_\_\_\_ Versicherungskartennummer VVG: \_\_\_\_\_

## Dringlichkeit

## Notfall

**dringend (innerhalb 1 Woche)**

rasch (innerhalb 1-2 Wochen)

nicht dringend

## Zuweisungsgrund

## Diagnostische Abklärung bei Verdacht auf Mamma-CA

## Sekundäre Brustrekonstruktion

## Bekanntes Mamma-CA (Therapieplanung)

## Andere Brusterkrankung

## Implantatprobleme

## Diagnose / Fragestellung

## **Nebendiagnosen / Voroperationen**

## Bemerkungen

Name Zuweiser:in: \_\_\_\_\_ Kopie gewünscht, an: \_\_\_\_\_

Name Hausärzt:in: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

---

---

**Brustzentrum Zollikerberg** · Trichtenhauserstrasse 12 · CH-8125 Zollikerberg  
T +41 44 397 24 88 (D) +41 44 397 23 60 (F) · brustzentrum@spitalzollikerberg.ch  
Prof. Dr. med. Hisham Fansa · Stv. Klinischer Direktor Brustzentrum Zollikerberg  
Leitung Standort Spital Zollikerberg · Chefarzt Plastische Chirurgie Zürich



# Brustzentrum Zollikerberg