

Anmeldung Klinik für Chirurgie

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

AHV-Nr.: _____ Pat.ID: _____

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weibl. männl.

Strasse/Nr.: _____ PLZ / Ort / Kanton: _____

Zivilstand: Ledig Verheiratet Eingetragene Partnerschaft Geschieden Ausgetragene Partnerschaft Verwitwet

Telefon: Privat: _____ Mobil: _____ Geschäft: _____ E-Mail: _____

Versicherungsklasse (Für die präzise Registrierung der Anmeldung sind wir auf den Namen der Krankenkasse und den Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten angewiesen.)

Allgemein grundversichert Allgemein ganze CH Halbprivat Privat Spitalzusatzvers. amb. Eingriffe Selbstzahler:in

Grundversicherung (KVG)/Sektion: _____

Zusatzversicherung (VVG)/Sektion: _____

Versicherungskartenummer KVG: _____ Versicherungskartenummer VVG: _____

Dringlichkeit:

Notfall (gleicher Tag) dringend (2–3 Tage) rasch (1–2 Wochen) sobald als möglich

Zuweisungsgrund:

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

Diagnose / Fragestellung:

Nebendiagnosen / Voroperationen:

Patient:in nimmt:

Aspirin o. Ähnliches Plavix o. Ähnliches Orale Antikoagulantien

Bereits vorliegende Abklärungen:

Röntgen:

Datum _____

Bilder im SZB

Pat. bringt Bilder mit

Labor:

Werte beiliegend

Pat. bringt Werte mit

Andere:

Was? _____

In der Beilage

Pat. bringt Befunde mit

Bemerkungen:

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

Name Zuweiser:in: _____ Kopie gewünscht, an: _____

Name Hausärzt:in: _____

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin/
des anmeldenden Arztes