

Zuweisung Persönl. Sprechstunde Kaderarzt



**Spital
Zollikerberg**

Klinik für Chirurgie
Leitender Arzt Orthopädie
Dr. med. Markos Ioannou, PhD (Univ. Athen)
Facharzt für Orthopädie u. Traumatologie
Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg
T +41 44 397 27 88
F +41 44 397 28 07
chirurgie@spitalzollikerberg.ch

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

AHV-Nr.: _____ Pat.ID: _____

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weibl. männlich

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 OP-Besprechung / Operation zur weiteren Therapie zur weiteren Diagnostik

Diagnose / Voroperationen:

Patient nimmt

Aspirin oder ähnliches Plavix oder 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 ankreuzen, falls Sie die präoperativen Abklärungen NICHT in Ihrer Praxis machen können.

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

Name Hausarzt:in: _____

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin /
des anmeldenden Arztes