

Anmeldung Medizinisches Ambulatorium und Tagesklinik



**Spital
Zollikerberg**

Klinik für Innere Medizin
Chefarzt Prof. Dr.med. Ludwig Heuss
Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg
T +41 44 397 28 20
F +41 44 397 29 79

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: _____

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: _____

Anmeldegrund:

Krankheit Unfall Vorsorge andere: _____

Dringlichkeit:

dringend (innerhalb 1 Woche) rasch (1-2 Wochen) nicht dringend

Gastroenterologie:

Sprechstunde Proktoskopie Gastroskopie Leberbiopsie
 Koloskopie ERCP _____
Thrombozyten: _____ x109/L INR: _____

Kardiologie:

Sprechstunde 24h Blutdruckmessung Schrittmacherimplantation Ruhe-EKG
 Transthorakale Echokardiographie Elektrokonversion Belastungs-EKG Transösophageale Echokardiographie
 Langzeit-EKG Stressechokardiographie _____

Pneumologie:

Sprechstunde Bronchoskopie (Thrombozyten: _____ x109/L | INR: _____)
 Spirometrie Prick-Test (Allergie-Test) Bodyplethysmografie Polygrafie (Schlafapnoe-Abklärung)
 Diffusionsmessung (Hb: _____ g/l) _____

Endokrinologie/Diabetologie/Osteologie:

Sprechstunde Adipositas Diabetes mellitus Typ I Diabetes mellitus Typ II
 Endokrinologie Gestationsdiabetes Osteoporose

Tagesklinik:

Sprechstunde Kurzinfusion
was? _____

Onkologie:

Sprechstunde Chemotherapie

Kurzdiagnose/Befund/Fragestellung:

Allergien: Ja Nein welche _____

Blutungsneigung: Ja Nein

Tc-Aggregationshemmer: Ja Nein welche _____

Name Zuweiser:in: _____

aktuelles Labor (als Anhang, falls vorhanden): _____

Name Hausarzt:in: _____

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin / des anmeldenden Arztes