

Zuweisung Persönl. Sprechstunde Kaderarzt



**Spital
Zollikerberg**

Nephrologie und Dialysezentrum
Chefarzt Dr. med. Jörg A. Bleisch
FMH für Nephrologie/FMH für Innere Medizin
Trichtenhauserstrasse 20
CH-8125 Zollikerberg
T +41 44 397 24 20 Sekretariat
nephrologie@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 weiteren nephrologischen Betreuung zur weiteren Therapie _____

Diagnose / Fragestellung:

Nebendiagnosen:

Medikation:

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:

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

Name Hausärzt:in: _____

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin /
des anmeldenden Arztes