

Patienten Zuweisung

Bitte faxen oder senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Baermed. Zentrum für Bauchchirurgie Witellikerstrasse 40 CH-8032 Zürich

Fax: 044 387 30 90 Tel.: 044 387 30 70

Personalien Patient / in

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse/PLZ/Ort:		Telefon:

Krankenversicherung/Unfallversicherung inkl. Mitglieder-Nummer

Grundversicherung:	Versicherten-Nr.:	<input type="checkbox"/> allgemein versichert <input type="checkbox"/> halbprivat versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
Zusatzversicherung:	Versicherten-Nr.:	

Informationen zum Eintritt

Zuweisender Arzt:	Hausarzt:
Spitalaufnahme <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär	
<input type="checkbox"/> notfallmässig	
<input type="checkbox"/> möglichst bald	
<input type="checkbox"/> Termin: Datum _____	
Röntgenbilder	
<input type="checkbox"/> vom _____ werden mitgegeben. <input type="checkbox"/> keine Röntgenbilder	

Einweisungsgrund

Anamnese/Befund

Bisherige Therapien (Präparat, Dosierung/seit)

Labor

Zuweisender Arzt

Ort/Datum:	Unterschrift/Stempel:
-------------------	------------------------------