



Zuweisung Kinderklinik Triemli

Sprechstunde

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulatorium
allgemein | <input type="checkbox"/> Neurologie / EEG | <input type="checkbox"/> Hüftultraschall für
Neugeborene |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie | <input type="checkbox"/> Nephrologie | <input type="checkbox"/> Akupunktur |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie elektiv | <input type="checkbox"/> Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> Sprechstunde für
Schreibabys |

Patientenangaben

F M

Name Vorname

Telefon E-Mail

Strasse PLZ/Ort

Geburtsdatum Arbeitgeber

Kostenträger (Krankenkasse / Unfallversicherung)

Versicherungsnummer Versicherungsstatus Allgemein Halbprivat Privat

Anamnese:

.....

.....

.....

Fragestellung / Auftrag:

.....

.....

.....

Dringlichkeit / Bemerkungen

.....

.....

.....

Kontaktangaben Zuweiserin / Zuweiser (nur bei Ersatzzuweisung notwendig)

Name Vorname

Praxisname E-Mail*

Telefon* Fax

Strasse* PL/Ort

Datum Unterschrift