

Spitalzuweisung Kardiologie

Fachbereich Kardiologie

Tel. 071 494 10 51 / 12 48

Fax 071 494 63 35

Kardiologie@kssg.ch

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Wir freuen uns, dass Sie uns eine Patientin oder einen Patienten zur Behandlung zuweisen und möchten uns herzlich bedanken. Damit der administrative Aufwand auf ein Minimum reduziert wird, bitten wir Sie, die Patientin oder den Patienten mit diesem Formular bei uns anzumelden. Gerne können Sie auch Ihren Konsiliarbericht verwenden und ggf. ergänzen.

Patientin/Patient	Anmeldung
<p>Name:</p> <p>Vorname:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Strasse:</p> <p>PLZ, Ort:</p> <p>Tel. P: Tel.G:</p> <p>Nationalität:</p> <p>Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.</p> <p>Beruf:</p>	<p><input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p> <p><input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/></p> <p>Zuständige Versicherung:</p> <p>Versicherungsnummer:</p> <p>Hausarzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat</p> <p>Die Zuteilung der Ärzte erfolgt nach den betrieblichen Möglichkeiten und der Versicherungssituation des Patienten. Falls Sie die Behandlung durch einen speziellen Arzt wünschen, bitten wir Sie, dies im Folgenden zu vermerken:</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Elektive Einweisung</p> <p><input type="checkbox"/> Beschleunigt <input type="checkbox"/> Notfalleinweisung</p>
Problemstellung/Diagnose(n):	
Zusatzerkrankungen inkl. Allergien:	
<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Grösse cm</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Körpergewicht kg</p>	
Medikamente:	

Beilagen:

- Röntgenbilder (DICOM CD) EKG
- Labor
- Echokardiografie (DICOM CD)

Ort und Datum: Stempel/Unterschrift

.....