

Zuweisung

Patientendaten

Vorname _____ Telefon _____
Name _____ Mobile _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____ Geschlecht weiblich männlich
Geburtsdatum _____ Einweisungsart Notfall ambulant stationär
Sprache _____ Krankenkasse _____ nur kantonal

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Medikamente _____

Auftrag/Fragestellung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnostik | Vorstellung am interdisziplinären Board gewünscht |
| <input type="checkbox"/> Weiterführende Betreuung / Therapie | <input type="checkbox"/> durch uns |
| <input type="checkbox"/> Zweitmeinung/Konsil | <input type="checkbox"/> durch Sie |
| <input type="checkbox"/> Anruf nach Patientenkonsultation erwünscht | |

Bemerkungen (z.B. Abwesenheiten von Patient, Notwendigkeit von Übersetzer):

Arztbericht per Post digital via E-Mail an sichere Adresse: _____

Bitte legen Sie bereits vorliegende Untersuchungsergebnisse bei.
Besten Dank im Voraus.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel Zuweiser
