

Zuweiser-Formular

Überweisungsgrund/Grund der Konsultation (Erstkonsultation, Zweitmeinung, OP-Besprechung, Nachkontrolle, etc.)

Name Vorname Geburtsdatum Telefonnummer

Straße, Nr. PLZ Ort E-mail

Krankenkasse Versicherungsstatus Allg. ganze Schweiz Flex Privat Allg. Wohnkanton Halb-Privat Hausarztmodell Ja Nein

Wie sollen wir Sie aufarbeiten? Telefon SMS E-mail Dringlichkeit? Notfall (gleichentags) dringend (innert 2-3 Tage) elektiv (innert 2-3 Wochen)

Hausarzt Anderer behandelnder Arzt

Hauptbeschwerden

Weitere Diagnosen / Operationen (bitte wenn vorhanden Op-Berichte beilegen)

Bluthochdruck Ja Nein Diabetes Ja Nein Herz-Krankheiten Ja Nein Falls ja, welche? Lungen-Krankheiten Ja Nein Falls ja, welche? Nieren-Krankheiten Ja Nein Falls ja, welche?

Vorhandene Diagnostik (Röntgen, CT, MRT, Endoskopien, etc. [wenn vorhanden bitte Berichte beilegen])

Medikamente

Allergien Ja Nein Falls ja, welche? Blutverdünnung Ja Nein Nikotin Ja Nein

Bemerkungen/Weitere Berichte (z.B. Arztberichte) anfordern (Wenn ja, wo?)

Zuweiser / Zuweiserin (Name, Adresse, E-mail)

Datum