

Anmeldung Onkologie/Hämatologie

Patientendaten:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/ Ort: _____
Telefon: _____

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt (Stempel und Unterschrift):

Datum: _____

Kostenträger:

Grundversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____
Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P
Unfallversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Terminwunsch / Dringlichkeit _____

Terminvereinbarung (inkl. Diagnostik durch uns soweit indiziert)

- Patient bitte direkt aufbieten Termin über zuständigen Arzt / Ärztin anmelden
 Patient meldet sich selber an Notfallmässig (bitte telefonisch unter 044 733 22 48 anmelden - Danke)

Anmeldung für

- Konsil: Beurteilung und Therapievorschlag
 Einleitung / Durchführung der Therapie
 Transfusionen

Zuweisungsgrund

- Hauptdiagnose / Verdachtsdiagnose: _____
 Begleiterkrankungen: _____
 Vorhandene Befunde / Berichte