

Anmeldung Sprechstunden Chirurgie

Terminwunsch / Dringlichkeit:

Innert 5 Tagen Innert 2 Wochen Innert 1 Monat Wunschtermin in Woche: _____

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.

Gewünschte Sprechstunde (zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemein chirurgische Sprechstunde | <input type="checkbox"/> Bariatrische Sprechstunde
Dr. Thomas Köstler / Dr. Diana Mattiello | <input type="checkbox"/> Plastische, rekonstruktive, ästhetische Chirurgie
PD Dr. Merlin Guggenheim /
Dr. Angelo Biraima / Dr. Natasha Forster |
| <input type="checkbox"/> Viszeralchirurgische Sprechstunde
PD Dr. Urs Zingg / Dr. Alex Ochsner | <input type="checkbox"/> Proktologische Sprechstunde | <input type="checkbox"/> Wundsprechstunde
Michaela Kaiser / Dr. Alex Ochsner |
| <input type="checkbox"/> Endokrine Sprechstunde
Dr. Franziska Grafen / PD Dr. Urs Zingg | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgische Sprechstunde
Dr. Philipp Lenzlinger / Dr. Arby Babians | <input type="checkbox"/> Diabetische Fussprechstunde
Roland Snijders / Dr. Alex Ochsner |
| | <input type="checkbox"/> Gefässchirurgische Sprechstunde
Dr. Tamim Obeid / Dr. Diana Mattiello | |

Klinische Informationen: