

**Zuweiser**

<b>Arzt/Therapeut/Klinik</b>	<input type="text"/>	Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	<b>EAN-Nr.</b>	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	<b>ZSR-Nr.</b>	<input type="text"/>

**Angaben zur Einweisung**

Einweisungs-Typ	Einweisungs-Grund	gewünschter Behandlungsbereich	Kontaktaufnahme
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Psychiatrie / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Bitte Patient direkt aufbieten
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Schlafmedizin / Schlaflabor	<input type="checkbox"/> Patient wird sich melden
<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Allgemeine Innere Medizin	
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gynäkologie und Geburtshilfe	<b>Berichte Medizin/Labor</b>
		<input type="checkbox"/> Orale Medizin / Zahnarztpraxis	<input type="checkbox"/> beiliegend
<b>Bereits Patient der Klinik?</b>	<b>Aufenthaltsort vor Eintritt</b>	<input type="checkbox"/> Orthopädie	<input type="checkbox"/> folgen mit separater Post
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zu Hause	<input type="checkbox"/> Pneumologie	<input type="checkbox"/> werden von Pat. mitgebracht
	<input type="checkbox"/> in Spital <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Urologie und Andrologie	<input type="checkbox"/> keine vorhanden
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

**Patient**

<b>Name</b>	<input type="text"/>	<b>Vorname</b>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	<b>Geburtsdatum</b> (TT.MM.JJJJ)	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Telefon Privat	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Telefon Geschäft	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Heimatort / Nationalität	<input type="text"/>	Muttersprache	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	<b>AHV-Nr.</b>	<input type="text"/>
Arbeitgeber (Firma)	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>

**Versicherung**

<input type="checkbox"/> <b>Grundversicherung</b> (= nur Wohnkanton, allgemein)	Name <input type="text"/>	Versicherten-Nr.	<input type="text"/>
	Ort <input type="text"/>	Karten-Nr.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Zusatzversicherung</b>	Name <input type="text"/>	Versicherten-Nr.	<input type="text"/>
	Ort <input type="text"/>	Karten-Nr.	<input type="text"/>
- Versicherungs-Klasse	<input type="checkbox"/> ganze Schweiz, allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
- weitere Zusätze	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Komplementär-Medizin	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<b>Versicherungsmodell</b>	<input type="checkbox"/> Ich habe freie Arztwahl	<input type="checkbox"/> Ich habe ein Hausarzt-Modell (HMO / Tel Doc / Med Gate)	

**Selbstzahler**

**Kostengutsprache**

<input type="checkbox"/> bereits vorhanden (bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> wird vom Zuweiser eingeholt	<input type="checkbox"/> durch die Klinik einzuholen (benötigt ein Vorgespräch)
--	--	--

**Hausarzt** (wenn nicht identisch mit Zuweiser)

Hausarzt  Adresse

**Wesentliche Diagnosen / Anamnese**

**Einweisungsgrund** (Begründung der stationären Behandlungsbedürftigkeit)

**Behandlungsauftrag**

**Bisherige ambulante Therapien**

**Aktuelle Medikation mit Dosierung**

Besteht eine Unverträglichkeit oder Abhängigkeit?  Nein  JA, welche:

**Bitte um Zustellung von**

Zwischenbericht  Schlussbericht  kleinen Bericht

**Beilagen** (Bitte aktuelle Berichte beilegen, sofern vorhanden)

Keine  JA, welche:

Ort, Datum

ärztlich verordnet durch: (Stempel, Unterschrift)

**Bitte leer lassen, wird von der Klinik ausgefüllt**

Patientenaufnahme / Erfassung im System erfolgt und kontrolliert ..... (Datum/Visum)