

Ärztliche Zuweisung

Zuweiser

Arzt/Therapeut/Klinik	Strasse, Hausnummer
Telefon	PLZ, Ort
Fax	EAN-Nr.
E-Mail	ZSR-Nr.

Angaben zur Einweisung

Einweisungs-Typ	Einweisungs-Grund	Gewünschter Behandlungsbereich	Kontaktaufnahme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Psychiatrie / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Bitte Patient direkt aufbieten
	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Schlafmedizin / Pneumologie	<input type="checkbox"/> Patient wird sich melden
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berichte Medizin/Labor
			<input type="checkbox"/> beiliegend
			<input type="checkbox"/> folgen mit separater Post
			<input type="checkbox"/> werden von Pat. mitgebracht
			<input type="checkbox"/> keine Berichte vorhanden
			<input type="checkbox"/> Kostengutsprache vorhanden

Bereits Patient der Klinik?	Aufenthaltsort vor Eintritt
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zu Hause
	<input type="checkbox"/> im Spital
	<input type="checkbox"/>

Patient

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

Versicherung

<input type="checkbox"/> Grundversicherung	Name:	Versicherten-Nr.
(nur Wohnkanton, allgemein)	Ort:	Karten-Nr.
Versicherungsmodell	<input type="checkbox"/> freie Arztwahl	<input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell (HMO / Tel Doc / Med Gate)
<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	Name:	Versicherten-Nr.
	Ort:	Karten-Nr.
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="checkbox"/> Selbstzahler		

Kostengutsprache

Die Kostengutsprache für den Aufenthalt holen wir gerne ein. Dazu ist ein Vorgespräch notwendig, das wir gerne mit dem Patienten direkt vereinbaren. Falls bereits eine Kostengutsprache vorhanden ist, bitten wir Sie, uns eine Kopie beizulegen.

Ärztliche Zuweisung

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)