

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

**Klinische Informationen:**