

Anmeldung Sprechstunden Klinik für Allgemein-, Gefäss- & Viszeralchirurgie

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. T. Köstler / Dr. D. Mattiello | <input type="checkbox"/> Plastische, rekonstruktive, ästhetische Chirurgie PD Dr. M. Guggenheim / Dr. N. Forster |
| <input type="checkbox"/> Viszeralchirurgische Sprechstunde Prof. Dr. U. Zingg / Dr. F. Grafen / Dr. S. Battilana / Dr. D. Stimpfle | <input type="checkbox"/> Proktologische Sprechstunde Dr. S. Battilana / Dr. D. Stimpfle | <input type="checkbox"/> Technische Orthopädie, diabetische Fuss- und Wund-Sprechstunde PD Dr. M. Berli / M. Kaiser |
| <input type="checkbox"/> Endokrine Sprechstunde Dr. F. Grafen / Prof. Dr. U. Zingg | <input type="checkbox"/> Gefässchirurgische Sprechstunde Dr. T. Obeid / Dr. D. Mattiello | |

Klinische Informationen: