

Für Zuweisungen in die Radiologie sowie OP- und Geburtsanmeldungen bitte die separaten MedForms-Formulare verwenden.

Klinik Einweisungsart ambulant stationär Grund

Personalien

Name: Vorname:
Strasse Nr.: PLZ / Ort:
AHV-Nr.: Geschlecht: Geburtsdatum:
Tel./Mob.: E-Mail:

Kostenträger

Vers.-Klasse:
Grundvers.: Vers.-Nr. OKP:
Zusatzvers.: Vers.-Nr. VVG:
Unfallvers.: Unfall.-Nr.:
ArbeitgeberIn: Unfall.-Datum:

Hausarzt/Hausärztin (falls unterschiedlich zu EinweiserIn)

Name: Telefon:
Adresse:

Zuweisungsgrund

Hauptdiagnosen:

Fragestellung:

Bisherige Therapien/Medikamente: (Kann auch als Anhang mit der Zuweisung übermittelt werden.)

Dringlichkeit

Dringlich Regulär Wunschtermin:

Wichtige Bemerkungen (Bsp. Zuweisung ad Persona, Termininfo an bestimmte E-Mail-Adresse, etc.)

Bitte senden Sie uns zwingend Befunde, Berichte, Medikamentenlisten mit der Zuweisung mit!

EinweiserIn

Tel.: Mob.:
E-Mail:
GLN: ZSR:
Datum:

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Klinik des Bethesda Spitals.