

Allgemeine generische Zuweisung

Patient:in	
Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	Geschlecht
AHV-Nr.	
Telefon	
Mail	

Empfänger	
GLN	ZSR
Mail	

Versicherer	
Name	
Strasse	
PLZ/Ort	

Fall	
Gesetz/Vers.-Nr.	
Unfall.-Nr./-Datum	
Hausarzt-Modell	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Untersuchungstermin	
<input type="checkbox"/> dringend	<input type="radio"/> Patient:in meldet sich

<input type="radio"/> Termin vereinbaren ab	
<input type="radio"/> Termin vereinbart am	::

Zuweisungsgrund

Fachärztliche Abklärung bei ÄrztIn / in Sprechstunde:

Diagnose

Fragestellung

Bisherige Therapie
Medikamente

Bemerkungen

Bericht erwünscht: per Mail per Tel. per Post

Zuweiser:in Zuweiser:in = Hausärzt:in

Tel.

Mail

GLN ZSR

Hausärzt:in Bitte Befundkopie an Hausärzt:in

Tel.

Mail

GLN ZSR

Datum

Elektronische Übermittlung	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
-----------------------------------	--