

## Zuweisung Chirurgie

<b>Patientenname:</b>		<b>Vorname:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Adresse:</b>		<b>PLZ/Ort:</b>		<b>Telefon:</b>	
<b>Frühere Behandlungen im Spital Uster:</b>		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Jahr:			
<b>Eintrittsgrund:</b>	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> andere:		
<b>Versicherungsklasse:</b>	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Allgemein		
<b>Fachbereich:</b>	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Proktologie	<input type="checkbox"/> Venenchirurgie	<input type="checkbox"/> Knie-Sprechstunde	
<b>Diagnosen:</b>					
<b>Anamnese/Befund:</b>					
<b>Klinische Befunde (Röntgen):</b>					
<b>Frühere Untersuchung:</b>					
<b>Fragestellung / gewünschte Untersuchung / Therapievorschlag:</b>					
<b>Bemerkungen:</b>					

Datum:  
 Unterschrift:

\_\_\_\_\_  
 Zuweisender Arzt

Telefon:

*Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)*