


Zuweisung Bariatrie

 Für Notfälle wenden Sie sich bitte direkt an den Dienstarzt der Medizin (044 911 14 00)

Patientenname:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Adresse:		PLZ/Ort:		Telefon :	
Termin:	<input type="checkbox"/> dringlich	<input type="checkbox"/> nicht dringlich	<input type="checkbox"/> Gewünscht am		
Versicherungsklasse:	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Allgemein		
Aufenthaltsart:	<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Stationär			
Diagnose/ Problem :					
Anamnese/Befund:					
Bisherige Medikamente :					
Fragestellung:					
Deutschkenntnisse:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Falls nein, welche Sprachkenntnisse:		
Beruf:					
Gewünschte ambulante Untersuchung:	Konsilium				

Datum:
 Unterschrift:

 Zuweisender Arzt Telefon:
 Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)