

Zuweisung Frauenklinik

Patientenname:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Adresse:		PLZ/Ort:		Telefon:	
Frühere Behandlungen im Spital Uster:		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Jahr:			
Eintrittsgrund:	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> andere:	
Versicherungsklasse:	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Allgemein		
Dringlichkeit:	<input type="checkbox"/> Notfall	<input type="checkbox"/> innert 3-5 Tagen	<input type="checkbox"/> elektiv		
Zuweisungsgrund:	<input type="checkbox"/> Konsilium	<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle	<input type="checkbox"/> Zweitmeinung	
Diagnosen:					
Anamnese/Befund:					
Frühere Untersuchung:					
Fragestellung / Gewünschte Untersuchung / Therapievorschlag:					
Bemerkung:					

Telefonische Besprechung und Beratung erwünscht: ja nein

den:

Unterschrift:

 Zuweisender Arzt

 Telefon:

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