



Zuweisung Klinik für Orthopädie, Hand- und Unfallchirurgie Waid und Triemli

Zuweisungsmodus

Sprechstunde Stationäre Aufnahme

Standort

Waid Triemli

Anmeldung für Sprechstunde

Schulter
 Knie/Hüft
 Hand

Fuss
 Wirbelsäule
 Wundbehandlungen

Sport
 Osteopathie / Functionmed (Waid)
 Infiltration

Patientenangaben

Frau Herr

Name Vorname

Telefon E-Mail

Strasse PLZ/Ort

Geburtsdatum Arbeitgeber

Kostenträger (Krankenkasse/Unfallversicherung)

Versicherungsnummer Versicherungsstatus Allgemein Halbprivat Privat

Diagnose

Begleiterkrankungen

Bemerkungen

Kontaktangaben Zuweiserin/ Zuweiser

Name Vorname

Praxisname E-Mail*

Telefon* Fax*

Strasse* PLZ/Ort*

Datum Unterschrift

*Nur bei Erstzuweisung notwendig