

Anmeldung für Allgemeine Zuweisung

Name und Vorname:

PLZ und Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Strasse und Nummer:

Mailadresse:

Versicherung:

8 0 7 5 6

Versicherungs-Nummer:

Bitte Patient aufbieten

Termin bereits vereinbart

Dringlichkeit: dringend (1-2 Tage) bald (7 Tage) gelegentlich (1-3 Wochen)

Art der Zuweisung

- Neuzuweisung Operative Behandlung
 Zweitmeinung mit Konsultation Patientin Zweitmeinung in Form eines Aktenkonsiliums

Spezialsprechstunde

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Genetische Beratung | <input type="checkbox"/> Physiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Brustsprechstunde | <input type="checkbox"/> Gynäkologische Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Dysplasie | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendgynäkologie | <input type="checkbox"/> Sexualberatung |
| <input type="checkbox"/> Endometriose | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch und Hormonsprechstunde | <input type="checkbox"/> Urodynamik |
| <input type="checkbox"/> FGC (Female Genital Cutting) | <input type="checkbox"/> Menopause | <input type="checkbox"/> Vulva |

Letzte Periode: _____

errechneter/korrigierter ET: _____

Anlagen / Vorbefunde:

Ich wünsche den Befund: per E-Mail per Post von Patientin mitgebracht

Name und Adresse, Praxis/Arzt:

Datum:

Unterschrift: