



Zuweisung Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie Waid

Zuweisungsmodus

- Sprechstunde Stationäre Aufnahme

Anmeldung für

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie | <input type="checkbox"/> Proktologie | Sprechstunden |
| <input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie | <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Bariatrie |
| <input type="checkbox"/> Endokrine Chirurgie | <input type="checkbox"/> Varizen- und Gefäss-
chirurgie | <input type="checkbox"/> Hernien |
| <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie | | |

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