

Zuweisung Schmerz- und Palliativmedizin

➔ 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:	<input type="checkbox"/> Konsilium <input type="checkbox"/> Infiltration		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

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

Telefon:

Datum:
 Unterschrift: