



## 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