

Anmeldung Tagesklinik (Disposition T 044 728 11 01, Fax 044 728 69 02)

Patientin/Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Telefon tagsüber erreichbar
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	E-Mail	Versicherungsklasse: <input type="checkbox"/> Allg. <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat
Grundversicherung	Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall

Klinische Angaben/Fragestellung

Zuweisungsgrund

EC-Transfusion

Anzahl ECs: 1 2

Eisengabe

mg Ferinject

SL erfüllt: orales Eisen nicht toleriert oder nicht durchführbar

Testblut

- Abnahme ambulant am Tag vor geplanter Transfusion
- Gleichentags in der Tagesklinik (Eintritt um 08.00, lange Wartezeiten)

Labor wird dieser Übermittlung beigelegt ja nein

Terminwunsch

< als 1 Woche innert 1-2 Wochen innert 1 Monat spez. Wünsche

Blauen Bereich bitte nicht ausfüllen. Für Einträge des See-Spitals.

Vereinbarter Termin Tagesklinik: Visum/Stempel Kaderarzt Medizinik

Vereinbarter Termin Labor:

Zuweisender Arzt

(Ihr) Vorname/Name	PLZ/Praxisort	Telefon Praxis
Kopie und Berichte an folgende hin-Adresse: @hin.ch		

Rosa markierte Felder sind auszufüllen