Sekretariat Medizin

Telefon 041 666 40 56  
[medizin@ksow.ch](mailto:medizin@ksow.ch)

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien** | |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Tel. Privat/Geschäft: |
| Strasse: | PLZ/Ort: |
| Krankenkasse: | Policen-Nr.: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zuweisung:** | |
| Hausarzt: | Pat. muss vom KSOW aufgeboten werden  Termin wurde mit KSOW vereinbart: |

|  |  |
| --- | --- |
| Onkologische Erstabklärung  Onkologische Verlaufskontrolle  Port spülen  anderes: | Erythrozyten-Konzentrat (Transfusion)  Injektion von:  Infusion von:  Leberbiopsie |

|  |
| --- |
| **Klinische Angaben** |
| Aktuelle Medikation: |
| Anamnese/Klinik: |
| Fragestellung/Auftrag: |
| PAC/PICC (Zugang) vorhanden:  Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Beilagen: | Berichtskopien  Labor |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes |