Sekretariat Medizin

Telefon 041 666 40 56
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 |