



## Zuweisung Abklärung und Triage

Sehr geehrte Zuweiserin, sehr geehrter Zuweiser

Sie weisen eine/n Patient/In zur Abklärung und ggf. weiterführenden Behandlung in unserer Tagesklinik zu. Das Vorgehen ist wie folgt:

- Zunächst vereinbaren wir einen Termin für ein Abklärungsgespräch mit Dolmetscher/In und sprechen dann eine Behandlungsempfehlung aus.
- Sind die Indikation sowie die Voraussetzungen für einen Tagesklinikaufenthalt gegeben, beantragen wir die notwendigen Kostengutsprachen. Wir informieren Sie darüber.

## Ärztliche Zuweisung

Praxis / Einrichtung / Organisation \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon dir. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## Patientendaten

Name (m/f) \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sprache \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_

Betreuender Sozialdienst (Name/Telefon) \_\_\_\_\_

**Gehört Patient bezüglich Covid-19 zur besonders gefährdeten Personengruppe?** \_\_\_\_\_

**Symptomkonstellation** \_\_\_\_\_

**Weitere wichtige Angaben zur aktuellen Situation** \_\_\_\_\_

**Aktuelle und ggf. vergangene Medikation** \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift \_\_\_\_\_

Formular bitte per Post/Fax oder Email (Scan) senden an: