



Zuweisung Abklärung und Triage

Sehr geehrte Zuweiserin, sehr geehrter Zuweiser

Sie weisen eine/n Patient/In zur Abklärung und ggf. weiterführenden Behandlung in unsere 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 _____ Vorname (m/f?) _____

Geburtsdatum _____ Sprache _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ Nationalität _____

Arbeitgeber _____ Aufenthaltsstatus _____

Betreuender Sozialdienst (Name/Telefon) _____

Grund der Zuweisung _____

Symptomkonstellation _____

Weitere wichtige Angaben zur aktuellen Situation _____

Aktuelle und ggf. vergangene Medikation _____

Gehört Patient bezüglich Covid-19 zur besonders gefährdeten Personengruppe? _____

Ort / Datum _____ Stempel / Unterschrift _____

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