



## Zuweisungsformular für Ärzte

### Allgemeine Patientenangaben

Nachname

Vorname

---

Geburtsdatum

Geschlecht

Religion/Konfession

- weiblich  
 männlich

- reformiert  röm.-kath.  
 andere:

---

Sprache

Beruf

---

---

Adresse

---

Strasse/Nummer

PLZ/Ort

Kanton/Land

---

Telefon Privat

E-Mail

---

**Anamnese und aktuelle Beschwerden**

---

---

---

**Verdachtsdiagnose**

---

---

**Fragestellung und Bemerkungen**

---

---

**Angaben zur Versicherung**

---

**Versicherungsdeckung**

- Allgemein Wohnkanton  
 Allgemein ganze Schweiz  
 Halbprivat  
 Privat

- Privat für 2-Bett-Zimmer  
 Selbstzahler

---

---

---

## Grundversicherung

---

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung/Ort

\_\_\_\_\_  
Police-Nummer

---

---

---

## Unfallversicherung, nur falls relevant

---

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung/Ort

\_\_\_\_\_  
Police-Nummer

\_\_\_\_\_  
Unfall-Nummer

\_\_\_\_\_  
Betriebs-Nummer

\_\_\_\_\_  
Unfallort

\_\_\_\_\_  
Unfalldatum

---

- Invalidenversicherung**, nur falls relevant  
 **Militärversicherung**, falls relevant  
 **weitere**

\_\_\_\_\_  
Verfügungs-Nummer

\_\_\_\_\_  
AHV-Nr./Neue Sozialversicherungs-Nr.

---

---

---

## Zusatzversicherung

---

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung/Ort

\_\_\_\_\_  
Policen-Nummer

---

---

---

## Name/Adresse des Hausarztes

---

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer

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

---

---

---

## Name/Adresse des einweisenden Arztes/Spitals

---

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer

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

---

---

---

## Abweichende Rechnungsadresse

---

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer

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