GZO - Spital Wetzikon Telefon 044 934 11 11

Einweisungsformular

Name, Mädchenname	Vorname	Geb.-Datum
Strasse, Nr.	PLZ, Wohnort	Ø P/ Ø G/
Bei Minderjährigen Name des Vaters bzw. der Mutter	Letztmals im Spital Wetzikon behandelt oder untersucht: ☐ Ambulant ☐ Stationär 19 _____	

Ambulant

☐ Röntgen
☐ Ultraschall
☐ EKG/Kreislauf
☐ Lungenfunktion
☐ Phys. Therapie (siehe Rückseite)
☐ _____

☐ Endoskopie
☐ IPS
☐ Labor
☐ _____

☐ Chefarzt-Sprechstunde
☐ Urologie
☐ Orthopädie
☐ Kardiologie
☐ Diabetesberatung
☐ Ernährungsberatung

☐ Chirurgie
☐ Gyn/Gebh.
☐ Medizin
☐ Anästhesie

Stationär

☐ Chirurgie
☐ Geburtshilfe
☐ Gynäkologie
☐ Medizin

☐ Urologie
☐ ORL
☐ Augen
☐ Orthopädie

☐ _____
☐ _____

Eintritt

☐ als Notfall
☐ Platz reservieren ab _____
☐ Aufnahme vereinbart am _____

☐ Allgemein
☐ Halbprivat
☐ Privat

Gewünschte Untersuchung/Behandlung/Röntgenaufnahme

☐ Telefonischer Bericht erwünscht
☐ Befund ohne Röntgenbilder

Diagnose/Fragestellung

Anamnese/Befunde (Bitte Vorakten inklusive Röntgenbilder zustellen!

LP:
Termin:
Para:

Vorgängige Therapie/Bisherige Betreuung (Pflegedienste/Sozialdienste)

☐ bitte wenden

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes: (bei Notfallarzt nach Möglichkeit Hausarzt angeben)

Angemeldet am:

ZE 054.042

Original an das Spital Wetzikon

Original für Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland GZO-Spital Wetzikon