

Zuweisung durch den Arzt (Überweisung OP)

Vielen Dank für Ihre geschätzte Zuweisung. Gerne kümmern wir uns um die Operation. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, erfolgt die Nachkontrolle wieder bei Ihnen. Bitte füllen Sie das Formular aus.

Unser MPA-Team setzt sich zeitnah mit Ihrer Patientin in Kontakt. Senden Sie bitte dieses Formular per Scan (als Mailanhang) an **team@gyn-health.ch** oder per Post an **gynhealth GmbH, Höschgasse 50, 8008 Zürich**.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Sprache: Deutsch Englisch Französisch

Dringlichkeit: _____

Versicherung: _____ Versicherungs Nr.: _____

Versicherungsart: Allgemein Privat Halbprivat

Zuweisungsgrund nicht operativ

Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung Senologische Beurteilung Dysplasiesprechstunde

Hormonberatung/Antikonzeptionsberatung Schwangerschaftskontrollen Myomsprechstunde

Spezieller Wunsch _____

Spezieller Zuweisungsgrund _____

Kontaktdaten Zuweiser

Anrede: _____

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Assistenz bei Operationen durch Sie als Zuweiser erwünscht?

Ja Nein

Datum / Ort

Unterschrift / Praxisstempel