

## 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.

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

### Kontaktdaten der Patientin

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Sprache:  Deutsch  Englisch  Französisch

Dringlichkeit: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungs Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsart:  Allgemein  Privat  Halbprivat

### Zuweisung ambulante Operationen (Mehrfachauswahl möglich)

HSK, frakt. Curettage  Konisation  NovaSure  Abortcurettage  diagnostische Laparoskopie  mit /  
 ohne Chromopertubation

### Zuweisung stationäre Operationen (auch Mehrfachauswahl)

RF-Ablation Sonata  Brustoperation  Sectio  Hysterektomie  Therapeutische LSK

### Kontaktdaten Zuweiser

Anrede: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Assistenz bei Operationen durch Sie als Zuweiser erwünscht?

Ja  Nein

Bemerkungen

Datum / Ort

Unterschrift / Praxisstempel