

## Ärztliche Zuweisung

Der Patient wird durch uns für ein Vorgespräch kontaktiert.

Die Kostengutsprache holen wir gerne ein. Falls bereits eine Kostengutsprache vorliegt, bitten wir Sie, uns eine Kopie beizulegen.

### Zuweiser

---

Arzt/Therapeut	Telefon
Praxis/Klinik	Fax
Strasse, Hausnummer	E-Mail
PLZ, Ort	

### Angaben über die Zuweisung

---

Behandlungsfall  Krankheit  Unfall

### Patient

---

<b>NAME</b>	<b>AHV-Nr.</b>
Vorname	Zivilstand
<b>Geburtsdatum</b> (TT.MM.JJJJ)	Nationalität
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Muttersprache
Strasse, Hausnummer	Beruf
PLZ, Ort	Telefon Privat
E-Mail Privat	Mobile

### Versicherung

---

<b>Grundversicherung</b>	Name:	Versicherten-Nr.
	Ort:	Karten-Nr.
Versicherungsmodell	<input type="checkbox"/> freie Arztwahl	<input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell (HMO/Tel Doc/Med Gate)

### Hausarzt (wenn nicht identisch mit Zuweiser)

---

Hausarzt	Adresse
----------	---------

---

Ärztliche Zuweisung

## Diagnose

---

## Zuweisungsgrund

---

## Bisherige Therapien und stationäre Aufenthalte

---

## Aktuelle Medikation mit Dosierung (ggf. Verordnungsschema beilegen)

---

Besteht eine Unverträglichkeit oder Abhängigkeit?

Nein

Ja, welche:

## Bemerkungen

---

## Beilagen

---

Wir bitten Sie um Zustellung von Berichten und Laborbefunden:

keine Beilagen

Laborbefund

Berichte

Kostengutsprache

## Datenschutz

---

Aus Gründen des Datenschutzes bitten wir Sie sensitive Daten wie Patientenmeldungen und Patientenakten datenschutzkonform über die sichere Extranet-Plattform HIN (Health Info Net) an [zug@ameos-stadtpraxen.ch](mailto:zug@ameos-stadtpraxen.ch) einzureichen.

## Unterschrift Zuweiser

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
ärztlich verordnet durch (Stempel, Unterschrift)

## AMEOS Stadtpraxis Zug

Dorfstrasse 13 | 6340 Baar | T 041 228 88 20 | F 041 228 228 88 38  
[zug@ameos-stadtpraxen.ch](mailto:zug@ameos-stadtpraxen.ch) | [www.ameos-stadtpraxen.ch](http://www.ameos-stadtpraxen.ch)