

Anmeldung Patient:in

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname, Name

Geburtsdatum

Mobile / Telefon

E-Mail

2. BEZUGSPERSON / GESETZLICHE VERTRETUNG / NOTFALLKONTAKT

Vorname, Name

Funktion

Mobile / Telefon

Berichtsempfänger:in ☐ ja ☐ nein

3. VERSICHERUNG

Versicherungskarten-Nr.
(VKN, 20-stellig)

807

falls vorhanden:

Unfallversicherung

Police-Nr.

Unfallnummer und Datum

IV-Verfügungsnummer und Datum

4. BERICHTSEMPFÄNGER:IN

(Nur Zutreffendes ausfüllen / WICHTIG: E-Mail-Adresse von allen Berichtsempfänger:innen angeben / Falls die Felder nicht ausreichen, bitte in den Bemerkungen auf der letzten Seite fortführen.)

Hausarzt

Institution / Funktion

Name Vorname

Mobile / Telefon

E-Mail

Physio- / Ergotherapie

Institution / Funktion

Name Vorname

Mobile / Telefon

E-Mail

**Andere (z.B. Orthopädietechniker
oder andere Ärzte, usw.)**

Institution / Funktion

Name Vorname

Mobile / Telefon

E-Mail

Andere

Institution / Funktion

Name Vorname

Mobile / Telefon

E-Mail

Andere

Institution / Funktion

Name Vorname

Mobile / Telefon

E-Mail

5. TRANSPORT

- | | |
|---|---|
| ☐ Wird selber organisiert | ☐ Rollstuhl – Umlagerung auf normalen Autositz möglich |
| ☐ Organisation von Hin- und Rücktransport durch MedMove gewünscht, mit Rechnung und Rezept an Patient:in, welche an die Krankenkasse weitergeleitet wird | ☐ An Rollstuhl gebunden |
| | ☐ Hausbesuch nötig |

6. TERMIN

- ☐ Bereits ausgemacht (Datum, Zeit)
- ☐ Wunschtermin (Datum, Zeit)

Termin bei

- ☐ **Dr. med. Peter Wirz**
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH
+41 79 630 66 44, Sprechstundentermine jeweils mittwoch- und freitagmorgens
- ☐ **Prof. Dr. med. Reinald Brunner**
Facharzt für Orthopädie, speziell Neuroorthopädie
- ☐ **Wassily Gorbatschow**
Facharzt Orthopädie, Traumatologie des Bewegungsapparates FMH und Interventionelle Schmerztherapie SSIPM, Osteologe DVO, Manuelle Medizin MWE
+49 171 497 48 03, Sprechstundentermine auf Anfrage
- ☐ **Dr. med. Vahid Tahami**
Facharzt Chirurgie, ambulante Chirurgie vor Ort unterstützt von traumnarkose.ch
Sprechstunden 3. Dienstag im Monat

7. GRUND DER ANMELDUNG / ZIEL DER SPRECHSTUNDE

9. DER E-MAIL WERDEN BEIGELEGT (Nur Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Stammbblatt inkl. alle Berichtsempfänger:innen wie Bezugsperson, Haus- / Heimarzt, Physio- / Ergotherapie, oder andere
- ☐ Diagnoseliste ☐ Berichte
- ☐ Medikationsplan ☐ Bildgebung
- ☐ Labor ☐ anderes:

10. WIRD AM TERMIN MITGEBRACHT

- ☐ Krankenkassenkarte (neue Patient:innen/neue Karte)
- ☐ Bildgebung
- ☐ Wichtige Hilfsmittel
- ☐ Anderes Wichtiges

11. BEMERKUNGEN