

## Zuweisung zu den Spezialsprechstunden der Chirurgischen Poliklinik

Wir bitten Sie, diese Anmeldung vollständig auszufüllen und uns zuzustellen an:  
 Klinikdirektion Chirurgie, Sprechstunden, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich oder  
[jolanda.meier@kispi.uzh.ch](mailto:jolanda.meier@kispi.uzh.ch) oder Fax 044 266 76 28

Damit wir die Anmeldung optimal bearbeiten können, sind die mit \* gekennzeichneten Felder zwingend auszufüllen.

### Anmeldung für:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Viszerale Chirurgie | <input type="checkbox"/> Handchirurgie   |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie      | <input type="checkbox"/> Urologie  |
| <input type="checkbox"/> Orthopädie          | <input type="checkbox"/> ORL   |
| <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie     | <input type="checkbox"/> Plastisch-rekonstruktive Chirurgie und<br>Zentrum für brandverletzte Kinder,<br>Gefässanomalien |

### Personalien

Familiennamen: *			
Vorname Patient: *		Geburtsdatum: *	
Vater: *		Mutter: *	
Wohnhaft bei:	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere
Strasse: *			
PLZ/Ort: *			
Telefon Privat:		Telefon Geschäft:	
Natel: *		E-Mail:	
Krankenversicherung: *			
Haus- / Kinderarzt:			
Diagnose / Einweisungsgrund: *			
Datum: *		Unterschrift/Stempel: *	

Überweisungsschreiben beiliegend:  Ja  Nein

Die Familie erhält von uns einen schriftlichen Termin. Besten Dank für Ihre Zuweisung.