

Anmeldung für ambulante Arztprechstunde

Ambulante Zentren

1. Gewünschte Behandlung

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Behandlung an

Institution	Bad Zurzach	Baden	Baden-Dättwil	Cham	Limmattal	Sonnmatt Luzern	Zollikerberg	Schmerz, Schlaf, Psyche Zürich
1. Fachärztlich Untersuchung, Beurteilung und Behandlung								
Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Neurologie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
Kardiologie	<input type="checkbox"/>							
Schmerzmedizin	<input type="checkbox"/>							
Infiltration/Punktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Diabetologie	<input type="checkbox"/>							
Muskuloskelettal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Wundversorgung	<input type="checkbox"/>							
Schmerz, Schlaf, Psyche								<input type="checkbox"/>
2. Therapeutische Expertise								
Therapien (Physio, Ergo, etc.) – gem. sep. ärztl. Verordnung	<input type="checkbox"/>							
Neuropsychologie	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Klinische Psychologie	<input type="checkbox"/>							

2. Aufgebot

- Notfall (Termine nur nach telefonischer Vereinbarung)
 Nicht dringend
 Patient/Patientin hat bereits einen Termin erhalten am

Dringend (3–4 Arbeitstage)

3. Personalien Patientin/Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

_____ Geb.-Datum: _____

Versicherer: _____ Mobile: _____

Vers.-/Unfallnummer: _____ Telefon Privat: _____

ZURZACHCare

4. Medizinische Angaben:

Diagnosen:

Fragestellung/Auftrag:

5. Allgemeine Infos:

Berichte:	<input type="checkbox"/> siehe Beilage	<input type="checkbox"/> folgen per E-Mail/Post	<input type="checkbox"/> bringt Patient mit
Röntgen-/MRI:	<input type="checkbox"/> siehe Beilage	<input type="checkbox"/> folgen per E-Mail/Post	<input type="checkbox"/> bringt Patient mit
Medikamentenliste:	<input type="checkbox"/> siehe Beilage	<input type="checkbox"/> folgen per E-Mail/Post	<input type="checkbox"/> bringt Patient mit

Bemerkungen:

6. Unterschrift:

Datum:

Stempel/Unterschrift Zuweiser:

ZURZACHCare

ZURZACH Care

Quellenstrasse 34
5330 Bad Zurzach

zurzachcare.ch

Ambulantes Zentrum Bad Zurzach
Telefon 056 269 51 52
badzurzach.ambulant@zurzachcare.ch

Ambulantes Zentrum Baden
Therapie 056 203 03 60
Sprechstunde 056 203 09 01
baden.ambulant@zurzachcare.ch

Ambulantes Zentrum Baden-Dättwil
Therapie 056 269 76 00
Sprechstunde 056 486 34 30
daettwil.ambulant@zurzachcare.ch

Ambulantes Zentrum Cham
Telefon 041 784 05 60
cham.ambulant@zurzachcare.ch

Ambulantes Zentrum Limmattal
Telefon 044 733 29 00
limmattal@zurzachcare.ch

Ambulantes Zentrum Sonnmatt Luzern
Telefon 041 375 67 00
luzern@zurzachcare.ch

Ambulantes Zentrum Zollikerberg
Telefon 044 397 38 11
zollikerberg@zurzachcare.ch

**Zentrum für Schmerz,
Schlaf und Psyche (SSP)**
Telefon 044 213 21 00
ssp.zuerich@zurzachcare.ch