

Patientenüberweisung Ambulante Konsultationen/Poliklinik

Angaben zum Patienten	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Land	
<input type="checkbox"/> Patient telefonisch aufbieten:	
<input type="checkbox"/> Patient schriftlich aufbieten	
<input type="checkbox"/> Patient im UKBB bekannt	

Leitstelle Poliklinik

Fax +41 61 704 12 21
E-Mail: poliklinik@ukbb.ch

Bitte faxen oder e-mailen Sie das vollständig ausgefüllte Formular an die Leitstelle Poliklinik.

[Formular per E-Mail senden](#)

Gewünschte Konsultation/Untersuchung
<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Pädiatrie <input type="checkbox"/> Spezialsprechstunde (welche):

Dringlichkeit
<input type="checkbox"/> Konsultation/Untersuchung innerhalb von zwei Tagen <input type="checkbox"/> Konsultation/Untersuchung innerhalb einer Woche <input type="checkbox"/> Konsultation/Untersuchung innerhalb eines Monats <input type="checkbox"/> Konsultation/Untersuchung nach einem Monat möglich

Überweisungsdiagnose/Fragestellung/Therapie

Kostenträger	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Invalidenversicherung Name KK/IV-Stelle:
Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat

Datum	Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes (bei E-Mail-Versand bitte Namen und Adresse angeben)
--------------	--