

Patientenüberweisung Stationäre Aufenthalte Pädiatrie

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	

Patientenplanung Stationär

Fax: +41 61 704 12 67
Email: patientenplanung-stationaer@ukbb.ch

Bitte faxen oder e-mailen Sie das vollständig ausgefüllte Formular an die Patientenplanung UKBB.

[Formular per E-Mail senden](#)

Stationärer Aufenthalte Pädiatrie
Gewünschte Subspezialität:

Dringlichkeit
<input type="checkbox"/> Aufnahme/Untersuchung am: <input type="checkbox"/> Aufnahme/Untersuchung am Folgetag <input type="checkbox"/> Aufnahme /Untersuchung innerhalb einer Woche <input type="checkbox"/> Aufnahme /Untersuchung innerhalb eines Monats <input type="checkbox"/> Aufnahme /Untersuchung nach einem Monat möglich

Überweisungsdiagnose/Fragestellung/Therapie

Eltern über Aufgebot informiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dolmetscher erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja, Sprache:

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 (muss bei E-Mail-Versand nicht ausgefüllt werden)
---------------	---