

Wenn der Button nicht funktioniert, Formular lokal speichern, ausfüllen und per Mail senden an [chirurgie@zgks.ch](mailto:chirurgie@zgks.ch)

T 041 399 47 00  
[chirurgie@zgks.ch](mailto:chirurgie@zgks.ch)

## Anmeldung Sprechstunde Chirurgie

Name  
Strasse / Nr.  
PLZ / Ort  
Krankenkasse

Vorname  
Geburtsdatum  
Telefon privat  
Mobile

Versicherung  Allgemein  Halprivat  Privat  
Kaderarzt gewünscht  Dr. med. M. Zünd  Dr. med. M. Appelt  Dr. med. A. Künzler  
 Dr. med. P. Meyer

### Diagnosen / Verdachtsdiagnose

### Fragestellung

### Anamnese / Befunde

### Bisher durchgeführte Diagnostik (falls extern, bitte mitgeben)

Rx konventionell  Sonographie  
 CT  MRI

### Dauermedikation

### Besondere Bemerkungen

Datum

Zuweisender Arzt