

Ärztliche Zuweisung

Überweisende Praxis

Name der Praxis

Name der überweisenden Ärztin / des überweisenden Arztes

Telefonnummer für Rückfragen

E-Mail

Patientinnen-Informationen

Name der Patientin

Geburtstag

Telefonnummer

E-Mail

Adresse

Überweisungsgrund

Notfall (bitte zusätzlich unter **044 512 8840** anrufen)

Allgemeine Gynäkologie

☐

Dysplasie

☐

Hormonsprechstunde

☐

Endometriose

☐

Geburtshilfe / Schwangerschaft

☐

Gynäkologische Onkologie

☐

Kinderwunsch

☐

Senologie/ Mammassprechstunde

☐

Beckenbodenbeschwerden/ Senkungen

☐

Perimenopausale Beschwerden

☐

Blutungsstörungen

☐

Brustbeschwerden

☐

Inkontinenz

☐

Konfliktgravidität

☐

Schmerzen

☐

Tumorverdacht

☐

Vorsorge

☐

Ultraschall

☐

Zweitmeinung

☐

Beschwerden/ Fragestellung

Vorbefunde & Unterlagen

Weitere Hinweise / Wünsche

Datum

Unterschrift (gez. ausreichend)