



DRUCKMUSTERKOLLEKTION

DRUCKMUSTERKOLLEKTION

Viel Vergnügen beim Stöbern. Bestimmt finden Sie Anregungen und Ideen für Ihre spezifische Lösung.

Bitte behandeln Sie unsere Dokumentation sorgfältig. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns diese in den **nächsten drei Wochen** wieder zurücksenden könnten.



Tel. +41 71 375 60 80 • www.schmid-mogelsberg.ch

Sehr geehrte Kunden

Wir beraten Sie gerne bei der Gestaltung Ihrer Drucksachen.

Die von Ihnen gestalteten Drucksachen können Sie als Anhang an **daten@schmid-mogelsberg.ch** übermitteln. Bitte senden Sie uns von den Bildern und Logos die **Originaldatei**, wenn möglich keine Word-Dateien.

Bei Fragen betreffend Datenformate beraten wir Sie gerne.

Wir freuen uns, wenn Ihnen diese Muster als Anregung zur Gestaltung Ihrer eigenen Praxisdrucksachen dienen.

Ihre Bestellungen werden wir sorgfältig ausführen.

Dre Anne-Marie Cahannes
Spécialiste FMH médecine générale
—
Groupe médical des Avanchets
—
Tél. 022 979 09 20
Fax 022 797 37 48

1220 Genève, le
15, rue du Grand-Bay

Dr. med. Isabella Senn-Schönenberger

Fachärztin FMH für Medizinische Onkologie
und Innere Medizin
—
Vadianstrasse 31 - 9000 St. Gallen
Tel. 071 222 55 66 · Fax 071 222 55 59

Dr. med. Elke Heilbrunner
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Rössligasse 32 Tel. 061 641 24 66
4125 Riehen Fax 061 641 26 52

DR. MED. A. FREI ROTHENBÜHLER
ÄRZTIN FÜR ALLGEMEINE MEDIZIN FMH
ZÜRCHERSTRASSE 4
8952 SCHLIEREN
TEL. 01 755 44 44
FAX 01 755 44 45
andrea.frei@zuerimed.ch



RHEUMAPRAXIS BUCHS
für Rücken, Muskeln und Gelenke
Dr.med. Willi Gehrig
Facharzt FMH für Rheumatologie
Facharzt FMH für Physikalische Medizin u. Rehabilitation
Manuelle Medizin, SAMM

Bahnhofstr. 12, 9470 Buchs
Tel. 081 756 09 79 / Fax 081 756 09 80
e-mail: willi.gehrig@hin.ch



Dr. med. Maria-Luisa Olgiati
Fachärztin FMH für Innere Medizin

Stockerstrasse 42_8002 Zürich
TEL 044 281 13 33_FAX 044 281 13 81_E-Mail: ml.olgiati@hin.ch

DR. MED. FRANZISKA AMBERG SCHMID
FACHÄRZTIN FMH FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE
WASSERTURMPLATZ 3, CH-4410 LIESTAL
TELEFON 061 921 67 17, FAX 061 921 17 97
INFO@AMBERG-PRAXIS.CH, WWW.AMBERG-PRAXIS.CH



Dr. med. Mische Roth | Augenarzt FMH FEBO
Zeughauspassage 19 | CH-3011 Bern | Tel. 031 311 71 47 | Fax 031 311 71 48
mail: info@augenarzt-roth.ch | www.augenarzt-roth.ch | EAN-No: 7601000624307 | ZSR-No: M 3388.02



Dr. med. Peter Grob

Innere Medizin FMH
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Psychosomatik APPM

Fluhmattweg 4 · CH-6004 Luzern
Tel. 041 410 85 08 · Fax 041 410 88 27 · E-Mail: grob@tic.ch

Dr. med. Ursula Frey

Innere Medizin FMH

3012 Bern · Engestrasse 9 · Tel. 031 301 69 00
Fax 031 301 69 62 · E-Mail: dru.frey@bluwin.ch

Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxisgemeinschaft
Gubelstrasse 2, 8050 Zürich

Fax 044 310 14 51



Dr. med. Anita Realini-Stump
Fachärztin für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie
Tel. 044 310 14 50

Dr. med. Valdis Hliddal
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie
Tel. 044 310 15 46

lic. phil. Esther Baumann
Fachpsychologin für
Psychotherapie FSP
Tel. 044 310 15 48

Lindenstrasse 8
6340 Baar
Telefon 041 766 61 51
Telefax 041 766 61 50
scheufele@gmx.ch

DR. MED. STEFAN SCHEUFELE
Allgemeinmedizin/Sportmedizin



Dr. med. Daniela L. Gut Schlegel
Fachärztin FMH für Ohren-Nasen-Halskrankheiten

Zürichbergstr. 70
8044 Zürich

Tel. 044 251 32 92
Fax 044 261 32 04

Dr. med. Isabella Senn-Schönenberger

Fachärztin FMH für Medizinische Onkologie
und Innere Medizin

Vadianstrasse 31 · 9000 St. Gallen
Tel. 071 222 55 66 · Fax 071 222 55 59

An apple a day keeps the doctor away.

Dr. med. Renate Fischer
Allgemeinmedizin FMH · Kanonengasse 25 · 4410 Liestal
Telefon 061 922 14 14 · Fax 061 922 14 18

Dr. med. Isabella Senn-Schönenberger
Fachärztin FMH für
Medizinische Onkologie und Innere Medizin

Vadianstrasse 31
9000 St.Gallen

Tel. 071 222 55 66
Fax 071 222 55 59

Dr. med. Susanne Koch

Akupunktur-TCM (ASA)
Psychosomatische Energetik

Hauptstrasse 128 · 9052 Niederteufen
Tel. 071 333 67 67

DR. MED. LENA ZIDEK

Augenärztin FMH

Bahnhofplatz 11 · 8910 Affoltern a. Albis
Tel. 044 762 10 80 · Fax 044 762 10 88
E-Mail: augenarzt@zidek.ch

Madame la Docteure
ANNE-MARIE CAHANNES
Spécialiste FMH médecine générale
GMA

1220 Genève Tél. 022 979 09 20 Fax 022 797 37 48

Dr. med. Andri Schläpfer
Facharzt für Innere Medizin FMH

Via Maistra 22
CH-7500 St. Moritz
Tel: 081 833 17 77
Fax: 081 833 69 07
Mail: dr.schlaepfer@bluewin.ch

Dr. med. Andreas Mühlethaler

Spezialarzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe
Einkaufszentrum Glatt
Postfach 1533
8301 Glattzentrum

Telefon 044 839 40 04 · Telefax 044 839 40 00



GYNIWIL

Dr. med. B. Hüberli
Fachärztin FMH Gynäkologie und Geburtshilfe

Tonhallestrasse 33 · 9500 Wil
Telefon 071 911 42 44 · Fax 071 911 42 94
gyniwil@tbwil.ch · www.gyniwil.ch

An apple a day keeps the doctor away.

Dr. med. Renate Fischer
Allgemeinmedizin FMH
Kanonengasse 25 · 4410 Liestal
Telefon 061 922 14 14 · Fax 061 922 14 18
Sprechstunde morgens nach Vereinbarung

Dr. med. Peter Böhi

Facharzt FMH für Gynäkologie
und Geburtshilfe



Belegarzt am Kantonalen Spital Heiden

Bahnhofstr. 14
9450 Altstätten

Tel. 071 755 08 22
Fax 071 755 08 23

<http://www.boehi.ch> E-mail praxis@boehi.ch



Dr. med. Stefan Freidel

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Freiestrasse 4
8610 Uster
Tel. 043 536 32 66

www.freidel.ch

Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxisgemeinschaft
Gubelstrasse 2, 8050 Zürich

Dr. med. Anita Realini-Stump

Fachärztin für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie
Tel. 044 310 14 50
Fax 044 310 14 51



Dr. med. A. Naiem

FMH Gynäkologie & Geburtshilfe
Akupunktur / Laser

Hauptstrasse 12
8832 Wollerau

Tel. 044 784 26 28
Fax 044 786 26 03



Dr. med. Angelo Cannova

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin FMH
Hüftsonographie

Schaffhauserstrasse 470 · 8052 Zürich
Tel. 043 811 43 46 · Fax 043 811 43 47

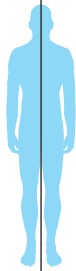
DR. MED. **FRANZISKA AMBERG SCHMID**
FACHÄRZTIN FMH FÜR GYNÄKOLOGIE
UND GEBURTSHILFE
WASSERTURMPLATZ 3, CH-4410 LIESTAL
TELEFON 061 921 67 17, FAX 061 921 17 97
INFO@AMBERG-PRAXIS.CH
WWW.AMBERG-PRAXIS.CH

Friedensgasse

Dr. med. Emmanuel Legendre
Praktischer Arzt
emmanuel.legendre@hin.ch

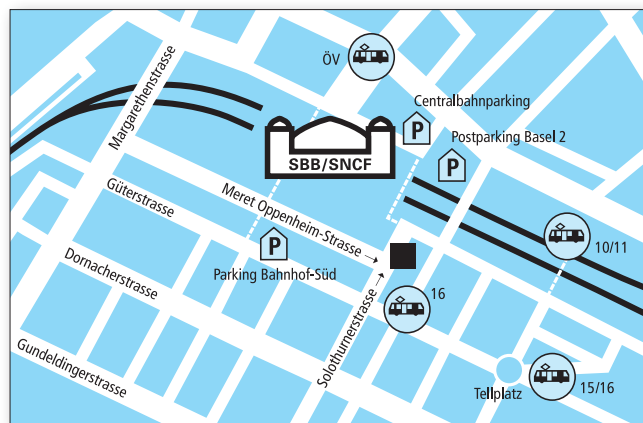
Friedensgasse 70
4056 Basel
Telefon 061 382 73 73
Telefax 061 382 73 72

70



Dr. Florian A. Christ
Chiropraktor SCG

Solothurnerstrasse 15
4053 Basel
Tel. 061 361 80 90
Fax 061 361 80 91
florian.christ@chirosuisse.ch



Dr. med. Michel Irla
Facharzt FMH Otorhinolaryngologie

Grütstrasse 55
8802 Kilchberg
Medical Center Spital Sanitas

Tel 044 716 60 12
Fax 044 716 60 11
michel@orl-irla.com

www.orl-irla.com

ORL



Dr. med. Mischa Roth
Augenarzt FMH FEBO

Zeughauspassage 19 | CH-3011 Bern
Tel. 031 311 71 47 | Fax 031 311 71 48
mail: info@augenarzt-roth.ch
www.augenarzt-roth.ch



Dr. med. Werner J. Morgenthaler

FMH für Plastische, Rekonstruktive und
Aesthetische Chirurgie

Praxis für Aesthetische und Plastische Chirurgie

Seefeldstrasse 4
CH-8008 Zürich
Tel. 043 244 82 44
Fax 043 244 82 45
info@aesthetische-chirurgie.org
www.aesthetische-chirurgie.org

Dr. Astrid Müller
Chiropraktorin SCG/ECU

Gislifluhstrasse 5
5032 Rohr

Tel. 062 823 25 25
Fax 062 823 25 29

ZSR-Nr. S 1018.19
GLN 7601003020595

Rp.

Dr. med. Herbert Suter

Kinderarzt FMH

Bahnhofstrasse 7
3250 Lyss

Tel. 032 384 64 21
Fax 032 384 64 63

ZSR-Nr. L 4646.02
GLN 7601000103918

Rp.



Dr. med. Thomas Gasser
FMH Allgemeinmedizin
Ultraschalldiagnostik SGUM

Löwenstrasse 28

8953 Dietikon
Telefon 044 744 40 00

Rp.



DR. MED. MARCEL RÜTSCHÉ

FACHARZT FMH FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE

THEATERPLATZ 6
3011 BERN

TEL. 031 312 65 50
FAX 031 312 65 51

ZSR-NR. B 1640.02
GLN 7601000086358

Rp.



Dr. med. Christoph Trachsel
 Allgemeine Medizin FMH
 Ogimatte
 3713 Reichenbach im Kandertal
 Tel. 033 676 20 30
 Fax 033 676 20 50

Ihre nächste Konsultation

	Datum	Zeit
Montag	_____	_____
Dienstag	_____	_____
Mittwoch	_____	_____
Donnerstag	_____	_____
Freitag	_____	_____
Samstag	_____	_____

Im Verhinderungsfalle bitte 24 Stunden vorher berichten.

Dr. Dr. med. Peter L. Kreienbühl
 Chiropraktor SCG/ECU
 Bielstrasse 26
 3250 Lyss
 Tel. 032 384 01 21
 Fax 032 385 24 66

Ihre nächste Konsultation

Datum	Zeit
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Im Verhinderungsfalle bitte 24 Stunden vorher berichten, ansonsten müssen wir die Behandlung berechnen.

DR. MARCEL G. MARCHAND
 Chiropraktor SCG/ECU
 Gerichtsstr. 4 · **8610 Uster**
 Tel. 044 940 22 44
 Fax 044 942 15 30

Nächste Behandlung am:

	Datum	Uhr
Montag	_____	_____
Dienstag	_____	_____
Mittwoch	_____	_____
Donnerstag	_____	_____
Freitag	_____	_____
Samstag	_____	_____

Im Verhinderungsfalle bitten wir um baldmöglichste Benachrichtigung.

Nicht eingehaltene oder zu spät abgemeldete Termine werden verrechnet

Augenarztpraxis am Marktplatz

Dr. med. Philipp August
 Augenarzt FMH
 Gerbergasse 1, 4001 Basel
 Telefon 061 261 86 86

Ihre nächste Konsultation:

	Datum	Zeit
Montag	_____	_____
Dienstag	_____	_____
Mittwoch	_____	_____
Donnerstag	_____	_____
Freitag	_____	_____
Samstag	_____	_____

Im Verhinderungsfall bitte 24 Stunden vorher berichten.



ORL-ZENTRUM
 KLINIK HIRSLANDEN

Wochentag

Datum

Uhrzeit

Prof. Dr. Daniel Simmen

Witellikerstr. 40
 CH-8032 Zürich
 Telefon 044 387 28 07
 Telefax 044 387 28 08
 www.orl-zentrum.com
 info@orl-zentrum.com



Dr. med. Tomas Huluk
 Allgemeine Medizin FMH und Sportmedizin SGSM

_____	_____	_____
Wochentag	Datum	Uhrzeit

Obstgartenstrasse 30 · 8136 Gattikon
 Telefon 044 720 77 44 · Mobil 079 786 77 44 · Fax 044 720 81 84
 info@huluk.ch · www.huluk.ch



Dr. med. Stefan Freidel
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Freiestrasse 4
 8610 Uster
 Tel. 043 536 32 66

www.freidel.ch

Ihr nächster Termin:

Datum _____

Zeit _____



RHEUMAPRAXIS BUCHS
für Rücken, Muskeln und Gelenke
Dr.med. Willi Gehrig
Facharzt FMH für Rheumatologie

Bahnhofstrasse 12 · 9470 Buchs
Tel. 081 756 09 79 · Fax 081 756 09 80
E-Mail: willi.gehrig@hin.ch

Einladung

zum **Eröffnungs-Apéro** in meiner Praxis
am Dienstag, 8. April 2008, ab 17.30 Uhr

Mit herzlichen Grüßen

Dr. med. Willi Gehrig

Um Anmeldung wird gebeten.



PRAXIS ROSENGASSE

WILLKOMMEN AN DER ROSENGASSE

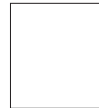
Lasst uns auf unsere neue Praxis in
Russikon anstossen!

Wir freuen uns darauf, Euch an der
Rosengasse 9 zu einem Willkommens-
apéro zu begrüßen.

Unsere Tür steht offen am **Mittwoch,**
25. August 2004, 17 bis 20 Uhr Schaut
einfach rein – wir freuen uns auf Euch!

Mirjam Schorr & Matthias Rist

Praxis Rosengasse, Rosengasse 9, 8332 Russikon, Tel. 044 954 21 11



PSYCHOTHERAPEUTISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS SOLOTHURNERSTRASSE

PRAXISERÖFFNUNG:

Ich freue mich sehr, Ihnen die Eröffnung meiner Praxis zum 01.01.2005 bekannt zu geben.

Heribert Pizala

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie

Solothurnerstrasse 96
4053 Basel

Fon: 061 363 07 14
Fax: 061 363 07 09

Dr. med. Katharina Elster Pizala

Fachärztin für Psychiatrie
Psychotherapie FMH
Körperpsychotherapie (G. Downing)
Paar- und Familientherapie

Fon: 061 3630708

Bettina Wehrli

Biodynamik &
Rhythmische Massage

Fon: 061 361 50 82

Dr. med. Peter Maloca
Löwenstrasse 9 · 6004 Luzern

Dr. med. Judit Németh
Paradiesstrasse 38 · 8802 Kilchberg

Dr. R. K.
Hohenegg 4 · CH-8706 Meilen

Dr. med. Christoph Manzanell
Strehlgasse 3
8600 Dübendorf

P.P.
8600 Dübendorf

**Dr. med. E. Ghioldi / Dr. med. T. Szász /
Thomas Berchtold, Walenstadt**

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

vor / mit / nach dem Essen

Datum:

**Dr. med. Pablo Munoz, 6300 Zug
Tel. 041 729 40 30**

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

vor / mit / nach dem Essen

Datum:

Dr. Bettina Rümmelein Dermatologie FMH
Kilchberg, Tel. 043 343 93 01

Name:

Vorname:

Geb.

Lokalisation:

Dosierung:

Dr. med. Robert Strub, 9000 St. Gallen

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

vor / mit / nach dem Essen

Datum:

**zentrum yera, liestal
nicole esther baumann**

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

vor / mit / nach dem Essen

Datum:

**zentrum yera, liestal
nicole esther baumann**

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

vor / mit / nach dem Essen

Datum:

**zentrum yera, liestal
nicole esther baumann**

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

vor / mit / nach dem Essen

Datum:

**zentrum yera, liestal
nicole esther baumann**

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

vor / mit / nach dem Essen

Datum:

Dosierkarte

Dr. med. Dominik Weiss
3302 Moosseedorf, Badweg 7
Tel: 031 859 22 85

Medikament	Mo	Mi	Ab	Na	Bemerkungen

DR. MED. GUSTAV OTT
Arzt für Allgemeine Medizin FMH
Tel. 081 633 13 63
Fax 081 633 42 45
EAN 7601000193537

7013 Domat/Ems, den
Via Nova 9

- Überweisungszeugnis
- Notfallvertretung

Sehr geehrte Frau Kollegin / Herr Kollege,

Ich bitte Sie um die Behandlung / kons. Untersuchung / Abklärung des
folgenden Patienten

Name	Vorname	geb.
Adresse		Tel.

A.+B.

Dg.

The.

Bemerkungen

Beilagen

Mit bestem Dank und
freundlichen Grüßen

Docteur Nicolas Dousse
Spécialiste FMH médecine interne

Boulevard de Pérolles 33
1700 Fribourg
Tél. 026 475 26 06
Fax 026 475 35 56
email: nicolasdousse@bluewin.ch

Fribourg, le

Concerne: _____

je vous remercie d'hospitaliser
ce patient

je vous prie d'examiner
ce patient

je vous prie de m'envoyer un
rapport succinct

je vous prie de traiter
ce patient

Ce patient est en traitement chez moi depuis le
pour:

Traitement actuel:

Problème actuel:

En vous remerciant d'avance, je vous prie de croire, cher Confrère, à mes
sentiments les meilleurs.

Annexes:

DR. MED. ELIZABETH STEINEMANN
Allgemeinmedizin FMH
Tel. 052 202 77 78
Fax 052 202 58 54

8406 WINTERTHUR,
Zürcherstrasse 120

Betrifft: _____

Sehr geehrter Herr Kollege,

ich überweise Ihnen obgenannte(n) Patientin(en)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zur konsiliarischen Untersuchung | <input type="checkbox"/> notfallmässig |
| <input type="checkbox"/> zur Übernahme der Behandlung | <input type="checkbox"/> nach tel. Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> zur stationären Aufnahme | <input type="checkbox"/> bitte aufbieten |

Befund: _____

Bisherige Therapie: _____

Für einen kurzen Bericht bin ich Ihnen dankbar.

Beilage:

- zur Einsicht
 zu Ihren Akten

Mit freundlichem Gruss



Dr. med. P.-A. Bozzone
FMH Allgemeine Medizin

Dr. med. R. Jost Schneider
FMH Allgemeine Medizin

Dr. med. L. Robustelli Saudan
FMH Allgemeine Medizin

Hegnastrasse 30
8602 Wangen b. Dd.
Telefon 044 835 25 00
Telefax 044 835 25 01

Betrifft: _____

Guten Tag,

ich überweise Ihnen obgenannte(n) Patientin(en)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zur konsiliarischen Untersuchung | <input type="checkbox"/> notfallmässig |
| <input type="checkbox"/> zur Übernahme der Behandlung | <input type="checkbox"/> nach tel. Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> zur stationären Aufnahme | <input type="checkbox"/> bitte anbieten |

Diagnose: _____

Befund: _____

Bisherige Therapie: _____

Für einen kurzen Bericht bin ich Ihnen dankbar.

Beilage:

- zur Einsicht
 zu Ihren Akten

Mit freundlichem Gruss

Dr. med. R. Künstner
Spezialarzt für Innere Medizin FMH
3072 Ostermundigen, Nobsstr. 5
Tel. 031 931 82 12
Fax 031 931 93 80

Betrifft: _____

Überweisung an Dr. med. _____

- zur
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Bitte Patient aufbieten |
| <input type="checkbox"/> spezialärztlichen Untersuchung | <input type="checkbox"/> Pat. wird sich melden |
| <input type="checkbox"/> weiteren Behandlung | <input type="checkbox"/> Notfallmässig |
| <input type="checkbox"/> Betreuung während meiner Abwesenheit | |
| <input type="checkbox"/> | |

Hauptproblem:

Mit bestem Dank und freundlichen Grüßen

DR. MED. EVELINE FREI

FACHÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN FMH
9443 WIDNAU, ZINGGENSTRASSE 3A
TEL. 071 722 27 42 · FAX 071 722 52 41
EVELINE.FREI@HIN.CH

Betrifft:

Sehr geehrte Frau Kollega,
Sehr geehrter Herr Kollege,

ich überweise Ihnen obgenannte(n) Patientin(en)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nach Notfall-Konsultation/-Besuch | <input type="checkbox"/> notfallmässig |
| <input type="checkbox"/> zur konsiliarischen Untersuchung | <input type="checkbox"/> nach tel. Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> zur Übernahme der Behandlung | <input type="checkbox"/> bitte anbieten |
| <input type="checkbox"/> zur stationären Aufnahme | |

Diagnose:

Befund:

Bisherige Therapie:

Für einen kurzen Bericht bin ich Ihnen dankbar.

Beilage:

- zur Einsicht
 zu Ihren Akten

Mit freundlichem Gruss

Frau Dr. med. Britt Feddern Hess prakt. Ärztin FMH
Praxis für Gynäkologie und Schwangerschaftsbetreuung

Dorfstr. 13 · 6340 Baar
Telefon 041 761 20 48
Telefax 041 761 20 13
www.feddern.ch

Überweisungsschreiben

Datum

Name

Diagnose

Bemerkungen

Mit freundlichen Grüßen

Rechnung

für ärztliche Behandlung

vom _____	bis _____
Konsultationen	Fr. _____
Besuche	Fr. _____
Labor	Fr. _____
Röntgen	Fr. _____
Medikamente	Fr. _____
_____	Fr. _____
_____	Fr. _____
_____	Fr. _____
_____	Fr. _____
_____	Fr. _____

Sehr geehrte(r) Frau/Herr Kollega

Ich habe während meines Notfalldienstes / in Ihrer Vertretung

Ihre(n) Patientin/Patienten _____
am _____ untersucht und behandelt.

Diagnose: _____

Therapie: _____

Anamnese: _____

Befund: _____

Der/die Patient(in) wird sich wieder bei Ihnen melden.

Mit freundlichen Grüßen

Betritt:

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

ich überweise Ihnen obgenannte(n) Patientin(en)

- nach Notfall-Konsultation/-Besuch
- zur konsiliarischen Untersuchung
- zur Übernahme der Behandlung
- zur stationären Aufnahme

- notfallmässig
- nach tel. Anmeldung
- bitte anbieten

Diagnose:

Befund:

Anamnese:

Bisherige Therapie:

Für einen kurzen Bericht bin ich Ihnen dankbar.

- Beilage: zur Einsicht
 zu Ihren Akten

Mit freundlichem Gruss

Betritt:

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

ich überweise Ihnen obgenannte(n) Patientin(en)

- nach Notfall-Konsultation/-Besuch
- zur konsiliarischen Untersuchung
- zur Übernahme der Behandlung
- zur stationären Aufnahme

- notfallmässig
- nach tel. Anmeldung
- bitte anbieten

Diagnose:

Befund:

Anamnese:

Bisherige Therapie:

Für einen kurzen Bericht bin ich Ihnen dankbar.

- Beilage: zur Einsicht
 zu Ihren Akten

Mit freundlichem Gruss

ELEKTROKARDIOGRAMM

Name Vorname Jahrgang

Datum

Ruhe Belastung Digitalis Andere Medikamente

Wart: Andere Medikamente

Rhythmus nach 5 Min.

PQ Frequenz

QRS P

QT ORS

(n.) VAV

ST

T

Beurteilung:

PKM 0008

Bestell-Nr. 0517.42

Bestell-Nr. 0517.12

Elektrokardiogramm

Datum: Name: geb.:

Nr.

Digitalis andere Medikamente:

Rhythmus: Frequenz:

PQ: sec. ORS: sec. QT: sec.

P-Zacke:

QRS:

Zwischenstück ST:

T-Wellen:

Besondere Bemerkungen:

Beurteilung:

sig.:

PKM 0018

Bestell-Nr. 0517.42

Impfreaktionen

Diphtherie, Starkkrampf, Keuchhusten

(einzeln oder kombiniert = Df-Ie-Per)

Kinderlähmung (Polio)

Tuberkulose (BCG)

Gelegentlich treten ein bis zwei Tage nach der Impfung erhöhte Temperaturen auf, die mit einem Fieberzäpfchen behandelt werden können.
Keine Impfreaktionen.
Normalerweise bildet sich 3 – 5 Wochen nach der Impfung ein Knötchen an der Impfstelle. Dieses öffnet sich in den meisten Fällen an der Oberfläche; unter Umständen kann während mehrerer Wochen Eiter fliessen. In diesem Fall ist die Wunde mit einem trockenen Verband zu bedecken. Oft sind auch die Lymphdrüsen der Umgebung vergrössert, doch verschwinden diese Schwellungen nach einiger Zeit komplikationslos.

Masern

Acht Tage nach der Impfung können Temperaturen bis 39° und andere abgeschwächte Zeichen einer Masern-Infektion festgestellt werden, die jedoch nach wenigen Tagen verschwinden.

Röteln

Gelegentlich leichtes Fieber und Schmerz an der Impfstelle, bei Erwachsenen vorübergehend leichte Gelenkschmerzen möglich.

Cholera

Der Impfung kann eine örtliche Reaktion von 1 – 2 Tagen Dauer folgen (Rötung, Schwellung, Schmerz), seltener eine Allgemeinreaktion (Kopfweg, Fieber).

Mumps

Gelegentlich leichtes Fieber oder abgeschwächte Zeichen einer Mumpsimpfung.

Grippe

Leichter Schmerz an der Impfstelle während einigen Tagen, selten Kopfweg und erhöhte Temperatur.

Typhus

Impfung durch Tabletten keine Reaktion, durch Injektionen siehe Cholera.

Haemophilus B

1–2 Tage nach der Impfung kann selten eine örtliche Reaktion auftreten (Rötung, Schwellung) oder Fieber.

Hepatitis A und B

Gelegentlich örtliche Reaktionen in den ersten 1 – 2 Tagen (Schmerzen an der Impfstelle, Verhärtung, Schwellung), selten Fieber, Übelkeit, Kopfschmerzen.

Internationaler (gelber) Impfausweis

Die Unterschrift des Impfarztes muss von der Kantonalen Gesundheitsbehörde beglaubigt werden.

Bestell-Nr. 0574.14

SC-HMID MOGELBERG AG

Reaktionen alle Vaccinationen

Difterie, Tetano, Pertosse

(singulärmente o combinate = Df-Ie-Per)

Paralisi infantile (Polio)

Tuberculosi (BCG)

Occasionalmente uno o due giorni dopo la vaccinazione si manifesta una reazione locale (con dolore e gonfiore) ed un aumento passeggero della temperatura.
Nessuna reazione.
Solitamente 3–5 settimane dopo la vaccinazione sul punto dell'innesto si forma un nodo. Nella maggior parte dei casi questo si apre sulla superficie e per diverse settimane può causare una secrezione purulenta. In questi casi la ferita deve essere coperta con una medicazione asciutta.

Morbillo

Occasionalmente una settimana dopo la vaccinazione possono manifestarsi un aumento della temperatura, come pure sintomi di morbillo molto attenuati, che spariscono dopo pochi giorni.

Rosolia

Occasionalmente leggero aumento della temperatura. Gli adulti possono avere leggeri dolori articolari passeggeri.

Colera

La vaccinazione può provocare una reazione locale (con dolore, gonfiore ed arrossamento) per la durata di 1–2 giorni. Raramente si manifesta una reazione generale (febbre ecc.).

Orecchioni

Raramente leggero aumento della temperatura oppure sintomi attenuati di una vaccinazione contro gli orecchioni.

Influenza

Talvolta leggero dolore al punto dell'innesto, raramente aumento della temperatura.

Tifo

La vaccinazione tramite pastiglie non provoca nessuna reazione, tramite iniezione può invece provocare reazioni simili a quelle della vaccinazione contro il colera.

Haemophilus B

Occasionalmente uno a due giorni dopo la vaccinazione può manifestarsi una reazione locale (gonfiore ed arrossamento) oppure della febbre.

Epatite A e B

Durante i due primi giorni dopo la vaccinazione, delle reazioni locali sono occasionalmente osservate (dolori al punto dell'innesto, indurimento, tumefazione) raramente della febbre, nausea, mal di testa.

Dichiarazione internazionale delle vaccinazioni (giallo)

La firma del medico che esegue la vaccinazione deve essere certificata da parte delle Autorità cantonali della Sanità.

Bestell-Nr. 0572.25

SC-HMID MOGELBERG AG

Name:	
BLUT	
BSR	
Hb	
Hk	
Ec	
Leukozyten	
Stab	
Segm	
Eos	
Baso	
Mono	
Lympho	
Thrombo	
Quick	
Glucose	
Harnstoff	
Kreatinin	
Harnsäure	
Cholesterin	
HDL Chol.	
Triglyceride	
Bili. ges./dir.	
GOT	
GPT	
alk. Phosph.	
γ-GT	
Kalium	
URIN	
Sp. Gew. / pH	
Nitrit	
Eiweiss	
Zucker	
Aceton	
Urobilin / Bili	
Sed Ec	
Leuc.	
Uricult	
STUHL	
occultes Blut	
Parasiten	

Blutbefund

Name _____ vom _____

Haemoglobin g/l	
Erythrozyten 10 ¹² /l	MCV μ ³ (80-100)
Haematokrit %	MCH pg (22-39)
Leukozyten 10 ⁹ /l	MCHC g/l (320-360)

Allg. Charakteristik der Erythropoese:

Rote Blut-zellen	Hb-Färbung	Bas. Punktierung	Polychromasie	Howell-Jolly-K
	Normo	Aniso	Poikilozytose	Innenkörper
	Mikro	Makro	Ovalozyten	Target-Zellen
	Normoblasten	Megaloblasten	Megalozyten	Fragmentozyten

Unreife weisse Zellen	Myeloblasten			
	Promyelozyten			
	Myelo-zyten	unreif		
		halbreif		
		reif		
	Metamyelozyten			

Reife weisse Zellen	Neutro- phile	Stabk	(bis 18 % abs. 0,1-2,1 10 ⁹ /l)	
	Segmentk.		(30-70 % abs. 1,1 -6,0 10 ⁹ /l)	
			(0- 5% abs. -0,7 10 ⁹ /l)	
	Eosinophile		(0- 1% abs. -0,15 10 ⁹ /l)	
	Basophile		(2-12 % abs. 0,2-0,95 10 ⁹ /l)	
	Monozyten		(20-45% abs. 1,5 -4,0 10 ⁹ /l)	
	Lymphozyten			
	Plasmazellen			
	Plasten			

Throm-bozyten	Blutplättchen: Zahl	normal, in Haufen, isoliert
	Megakaryozyten:	Riesenplättchen, patholog.

Quali-tatives Blutbild der weissen Zellen	Neutrophile:	Monozyten:
	Kerne: normalsegment stabkernig	Kern: jung alt
		Granula
		Lappung
	übersegmentiert pyknotisch orthochrom. basophil Vacuolen fein mittelgrob grob	Lymphozyten:
		Kern: jung alt
		Plasma: dunkel basophil (breitleibig)
		Azurgranula: bas. Schlieren
		Lymphoblasten:

Bemerkungen:

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Si prega di scrivere in stampatello
 Veuillez remplir en capitales
 Escribir con letras mayusculas por favor

AHV-Nummer

Name

Cognome
 Nom
 Apellido

Vorname

Nome
 Prénom
 Nombre

Geburtsdatum

Data di nascita
 Date de naissance
 Fecha de nacimiento

Geschlecht

Sesso weiblich
 femmina männlich
 Sexe féminin masculin
 Sexo femenino masculino

Zivilstand

Stato civile
 Etat civil
 Estado civil

Name und Vorname der / des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)

Cognome e nome dei tutori (se si tratta di bambini)
 Nom et prénom du tuteur officiel (dans le cas d'un enfant)
 Apellido y nombre de los padres o tutores (caso de niños)

Adresse

Strasse / Strada / Rue / Calle

PLZ

Wohnort / Località / Localité / Localidad

Indirizzo
 Adresse
 Dirección

Tel. Privat**Natel****Nationalität**

Nazionalità
 Nationalité
 Nacionalidad

E-Mail**Beruf**

Professione
 Profession
 Profesión

Arbeitgeber

Datore di lavoro
 Employeur
 Patrono

Tel.

Tel.
 Tél.
 Tel.

Nächste Angehörige

Parente prossimo
 Plus proche parent
 Parientes más próximos

Zuweisende(r) Arzt / Ärztin

Medico curante
 Adressé par le docteur
 Enviado por el doctor

Hausarzt / -ärztin

Medico di famiglia
 Médecin de famille
 Médico de cabecera

Krankenkasse / Versicherung

Cassa malati / assicurazione
 Caisse de maladie / assurance
 Seguro enfermedad / accidente

Sektion / Mitglied Nr.

Sezione / N. d'assicurato
 Section / No. d'assuré
 Sección / Nr. de asegurado

Kostenträger /

Garant

Krankenkasse

Cassa malati
 Caisse maladie
 Seguro enfermedad

Unfallvers.

Ass. infortuni
 Ass. accidents
 Seg. accidente

Selbstzahler

Conto privato
 Compte privé
 Cuenta propia

Kostenträger /

Garant

 Allgemeinabteilung **Halbpriv. Spitalvers.** **Private Spitalvers.** **Selbstzahler** Sezione generale " semiparticolare " particolare Conto privato en chambre comm. " semi-privée " privée Compte privé sala común seg. semipriv. seguro privado cuente propia

Meine(e) Arzt / Ärztin ist ermächtigt, medizinische
 Akten über mich zur Einsicht anzufordern.
 Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione
 gli atti medici che mi riguardano.

J'autorise mon médecin à demander les dossiers
 médicaux à mon sujet.
 Autorizo a mi médico a solicitar documentos
 médicos sobre mi para fines de inspección.

Datum

Date
 Date
 Fecha

Unterschrift

Firma
 Signature
 Firma

Personalien		Bitte in Blockschrift ausfüllen Veuillez remplir en caractères d'imprimerie	Si prega di scrivere in stampatello Escribir con mayusculas por favor
Name Cognome Nom Apellido		Mädchenname Cognome da nubile Nom de jeune fille Apellido de soltera	
Vorname Nome Prénom Nombre	Vorname des Ehepartners Nome del coniuge Prénom du conjoint Nombre del cónyuge	des Vaters (bei Kindern) del padre du père del padre	
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Fecha de nacimiento	Zivilstand Stato civile Etat civil Estado civil	Nationalität Nazionalità Nationalité Nacionalidad	
Adresse Strasse / Strada / Rue / Calle Indirizzo Adresse Señas	PLZ Wohnort / Località / Localité / Localidad	Telefon privat Natel E-Mail	
Beruf Professione Profession Profesión	Arbeitgeber Datore di lavoro Employeur Patrono	Telefon Geschäft Tel. d'ufficio Tél. de l'employeur Tel. del patrono	
Zuweisende(r) Arzt/Ärztin Il medico curante Adressé par le docteur El medico tratante	Hausarzt/-ärztin Medico di famiglia Médecin de famille Medico de cabecera		
Kostenträger / Garant <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung	Krankenkasse <input type="checkbox"/> Cassa malati <input type="checkbox"/> Caisse de maladie <input type="checkbox"/> Seguro de enfermedad	Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Assicurazione infortuni <input type="checkbox"/> Assurance accidents <input type="checkbox"/> Seguro de accidente	Selbstzahler <input type="checkbox"/> Conto privato <input type="checkbox"/> Compte privé <input type="checkbox"/> Cuenta privada
Krankenkasse/Versicherung Cassa malati/assicurazione Caisse de maladie/assurance Seguro de enfermedad/accidente	Sektion/Mitglied-Nr. Sezione/N. d'assicurato Section/No. d'assuré Sección/Nr. de asegurado		
Kostenträger Garant <input type="checkbox"/> Spital-Behandlung	<input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung <input type="checkbox"/> Halbpriv. Spitalvers. <input type="checkbox"/> Private Spitalvers. <input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sezione generale <input type="checkbox"/> " semiparticolare <input type="checkbox"/> " particolare <input type="checkbox"/> Conto privato	<input type="checkbox"/> en chambre comm. <input type="checkbox"/> " semi-privée <input type="checkbox"/> " privée <input type="checkbox"/> Compte privé
	<input type="checkbox"/> sala común <input type="checkbox"/> seg. semipriv. <input type="checkbox"/> seguro privado <input type="checkbox"/> cuenta propia	Datum Data Date Fecha	
Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Ärztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.			Unterschrift Firma Signature Firma

Personalien		Bitte in Blockschrift ausfüllen Molimo Vas, ispunite štampanim slovima	Bu karti lüften büyük harflerle doldurunuz
Name Prezime Soyadı		Mädchenname Devojačko prezime Bekârlık adı	
Vorname Ime Adı	Vorname des Ehepartners Ime supruga(e) Kocanızın adı	des Vaters (bei Kindern) Ime oca (kod dece) Babasızın adı	
Geburtsdatum Datum rođenja Adresi	Zivilstand Bračno stanje Medini hali	Bürgerort Državljanstvo	
Adresse mit Postleitzahl Adresa i poštanski broj Adresi	PLZ Ort	Strasse Ulica Cadde	Tel. privat Natel
Beruf Zanimanje Mesleği	Arbeitgeber Poslodavac İşveren	Tel. Geschäft Broj telefona na poslu İş yeri telefon	
Zuweisender Arzt Lekar koji vas je uputio Gönderen Doktor	Hausarzt kućni lekar		
<input type="checkbox"/> Krankenkasse Krankenkasa Hastalık sigortası	Sektion/Mitglied Nr. Seksija Sigortanın yeri		
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung Osiguranje u slučaju nesreće Kaza sigortası	<input type="checkbox"/> Privatversicherung Privatno osiguranje Hususi sigorta		
Ich erteile Ihnen die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die Ärztekasse (oder andere Verrechnungsstelle) weiterzuleiten.			<input type="checkbox"/> Selbstzahler Plaćam sam Hususi
Odobravam da moje podatke, koji su potrebni za ispostavku računa dostavite «Ärztékasi» (ili drugo) ustanovi za obradu računa).			Unterschrift Potpis İmza
Bununla beraber size, Fatura kesilebilmesi için, gerekli bilgileri Doktorlar kasasına veya başka hesaplaşma yerlerine yollamanıza müsaade veriyorum.			

Personalien		Bitte in Blockschrift ausfüllen Si prega di scrivere in stampatello	Veuillez remplir en caractères d'imprimerie Escribir con mayúsculas por favor	
Name Cognome Nom Apellido		Vorname Nome Prénom Nombre		
Mädchenname Cognome da nubile Nom de jeunes fille Apellido de soltera		Vorname des Ehepartners Nome del coniuge Prénom du conjoint Nombre del cónyuge		des Vaters oder der Mutter (bei Kindern) del padre / madre du père / mère del padre / madre
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Fecha de nacimiento		Zivilstand Stato civile Etat civil Estado civil		Nationalität Nazionalità Nationalité Nacionalidad
Adresse Strasse / Strada / Rue / Calle Indirizzo Adresse Señas		PLZ	Località / Wohnort / Localité / Localidad	
				Telefon privat
				Natel
				E-Mail
Beruf (eigener) Professione (proprio) Profession (propre) Profesión		Arbeitgeber Datore di lavoro Employeur Patrono		Telefon Geschäft Tel. d'ufficio Tél. de l'employeur Tel. del patrono
Beruf des Ehepartners Professione del marito/moglie Profession de l'époux/épouse Profession del marido/esposa		Arbeitgeber Datore di lavoro Employeur Patrono		
Zuweisender Arzt Il medico curante Adressé par le docteur El medico tratante		Hausarzt Medico di famiglia Médecin de famille Medico de familia		
Kostenträger / Garante		Krankenkasse <input type="checkbox"/> Cassa malati <input type="checkbox"/> Caisse de maladie <input type="checkbox"/> Seguro de enfermedad		Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Assicurazione infortuni <input type="checkbox"/> Assurance accidents <input type="checkbox"/> Seguro de accidente
<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung				<input type="checkbox"/> Selbstzahler Conto privato Compte privé Cuenta privada
Krankenkasse/Versicherung Cassa malati/assicurazione Caisse de maladie/assurance Seguro de enfermedad/accidente		Sektion / Mitglied-Nr. Sezione / N. d'assicurato Section / No. d'assuré Sección / Nr. de asegurado		Datum Data Date Fecha
Kostenträger Garante		<input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung <input type="checkbox"/> Halbpriv. Spitalvers. <input type="checkbox"/> Private Spitalvers. <input type="checkbox"/> Selbstzahler		<input type="checkbox"/> Unterschrift Firma Signature Firma
<input type="checkbox"/> Spital- behandlung		<input type="checkbox"/> Sezione generale <input type="checkbox"/> " semiparticolare <input type="checkbox"/> " particolare <input type="checkbox"/> Conto privato		<input type="checkbox"/> en chambre comm. <input type="checkbox"/> " semi-privée <input type="checkbox"/> " privée <input type="checkbox"/> Compte privé
		<input type="checkbox"/> sala común <input type="checkbox"/> seg. semipriv. <input type="checkbox"/> seguro privado <input type="checkbox"/> cuenta propia		

Personalien		Bitte in Blockschrift ausfüllen Molimo Vas, ispunite štampanim slovima	Bu karti lüften büyük harflerle doldurunuz	
Name Prezime Soyadı		Mädchenname Devojačko prezime Bekârlık adı		
Vorname Ime Adı		Vorname des Ehegatten Ime supruga(e) Kocanızın adı		des Vaters (bei Kindern) Ime oca (kod dece) Babasının adı
Geburtsdatum Datum rođenja Doğum tarihi		Zivilstand Bračno stanje Medeni hali		Bürgerort Državljanstvo
Adresse mit Postleitzahl Adresa i poštanski broj Adresi		PLZ	Ort	Strasse Ulica Cadde
				Tel. privat
				Natel
Beruf (eigener) Zanimanje Mesleği		Arbeitgeber Poslodavac İşveren		Tel. Geschäft Broj telefona na poslu İş yeri telefon
Beruf des Ehegatten Zanimanje supruga(e) Eşininin mesleği		Arbeitgeber Poslodavac İşveren		
Zuweisender Arzt/Hausarzt Lekar koji vas je uputio/Kućni lekar Gönderen Doktor				
<input type="checkbox"/> Krankenkasse Krankenkaşa Hastalık sigortası		<input type="checkbox"/> Sektion Seksija Sigortanın yeri		
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung Osiguranje u slučaju nesreće Kaza sigortası		<input type="checkbox"/> Privatversicherung Privatno osiguranje Hususi sigorta		
<input type="checkbox"/> Selbstzahler Plaćam sam Hususi		<input type="checkbox"/> Unterschrift Potpis İmza		

Bitte in Blockschrift ausfüllen
 Si prega di scrivere in stampatello
 Veuillez remplir en caractères d'imprimerie

Name		Vorname	
Cognome		Nome	
Nom		Prénom	
Geburtsdatum	Geschlecht	Zivilstand	
Data di nascita	Sesso	Stato civile	
Date de naissance	Sexe	Etat civil	
Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern)			
Cognome e nome dei genitori (se si tratta di bambini)			
Nom et prénom du tuteur officiel (dans le cas d'un enfant)			
Adresse	Strasse / Via / Rue	PLZ/NPA	Wohnort / Località / Localité
Indirizzo			
Adresse			
Telefon privat	Natel	Nationalität	
		Nazionalità	
E-Mail		Nazionalità	
Beruf	Arbeitgeber	Tel.	
Professione	Datore di lavoro	Tel.	
Profession	Employeur	Tel.	
Zuweisende(r) Arzt / Ärztin	Hausarzt/-ärztin		
Medico curante	Medico di famiglia		
Médecin traitant	Médecin de famille		
Kostenträger / Garante / Garant	Krankenkasse	Privatvers.	Unfallvers.
ambulante Behandlung	Cassa malati	Ass. privata	Ass. infortuni
	Caisse maladie	Ass. privée	Ass. accidents
Krankenkasse/Versicherung	Sektion/Mitglied Nr.		
Cassa malati/assicurazione	Sezione/N. d'assicurato		
Caisse de maladie/assurance	Section/No. d'assuré		
Kostenträger/Garante/Garant	Allgemeinabteilung	Camera comune	Selbstzahler
	Halbpriv. Spitalvers.	Camera semiprivata	Conto privato
	Private Spitalvers.	Camera privata	Compte privé
	Selbstzahler/in	Compte privé	
Spitalbehandlung			

▶ **Wir bitten Sie, den Text auf der Rückseite zu beachten und die Erklärung zu unterschreiben!**

▶ **Vi preghiamo di leggere il retro di questo documento e di firmare!**

▶ **Veillez consulter l'envers de ce document et nous vous prions de bien vouloir le signer!**

Erklärung

Mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten oder ärztlich geleiteten Institutionen anzufordern, wenn er damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen und somit Kosten sparen kann. In meinem Interesse erlaube ich ihm auch, seine Untersuchungs- oder Behandlungsergebnisse oder Beurteilung dem nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt zuzusenden.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Ärztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Il medico è autorizzato a richiedere in visione atti medici che mi riguardano ad altri medici o istituzioni mediche, evitando così di ripetere inutilmente degli esami. Nel mio interesse lo autorizzo inoltre a trasmettere il rapporto della sua visita e i risultati di eventuali esami al mio medico di famiglia o ad altri medici che mi hanno in cura.

Autorizzo il medico a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla società incaricata (p.es. cassa dei medici) così come alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso e ad altre istanze ufficiali competenti.

J'autorise mon médecin à demander à des confrères ou à des établissements médicaux les dossiers médicaux à mon sujet s'il peut éviter la répétition d'exams et donc de frais inutiles. Dans mon intérêt, je l'autorise également à transmettre les résultats des exams, des traitements ou des analyses me concernant au médecin consultant ou au médecin qui m'a adressé.

Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la Caisse des médecins, à la société ou à l'avocat éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes.

Datum
Data
Date

Unterschrift
Firma
Signature

Bitte in Blockschrift ausfüllen
Si prega di scrivere in stampatello
Veuillez remplir en caractères d'imprimerie

AHV-Nummer

Name Cognome Nom		Vorname Nome Prénom	
Geschlecht Sesso Sexe	weiblich femmina féminin	weiblich maschio masculin	Zivilstand Stato civile Etat civil
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance			
Name und Vorname der/des Erziehungsberechtigten (bei Kindern) Cognome e nome dei tutori (se si tratta di bambini) Nom et prénom du tuteur officiel (dans le cas d'un enfant)			
Adresse Indirizzo Adresse		PLZ	Wohnort / Località / Localité
Tel. privat		Matel	Nationalität Nazionalità Nationalité
E-Mail		Tel. Tel. Tél.	
Beruf Professione Profession		Arbeitgeber Datore di lavoro Employeur	
Zuweisende(r) Arzt/Ärztin Medico curante Médecin traitant		Hausarzt/-ärztin Medico di famiglia Médecin de famille	
Kostenträger / Garant	<input type="checkbox"/> Krankenkasse Cassa malati Caisse maladie	Unfallversicherung Assicurazione infortuni Assurance accidents	Selbstzahler Conto privato Compte privé
Krankenkasse / Versicherung Cassa malati / assicurazione Caisse de maladie / assurance		Sektion / Mitglied-Nr. Sezione / N. d'assicurato Section / No. d'assuré	
Kostenträger / Garant	<input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung Halbpriv. Spitalvers. Private Spitalvers. Selbstzahler/In	<input type="checkbox"/> Sezione generale <input type="checkbox"/> Sezione semiparticolare <input type="checkbox"/> Sezione particolare <input type="checkbox"/> Conto privato	<input type="checkbox"/> en chambre commune <input type="checkbox"/> en chambre semi-privée <input type="checkbox"/> en chambre privée <input type="checkbox"/> Compte privé
<p>Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Ärztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.</p> <p>Vi autorizzo a trasmettere le indicazioni richieste per l'allestimento della fattura alla Cassa dei medici, alla società o all'avvocato eventualmente incaricati dell'incasso come anche istanze ufficiali competenti. Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano.</p> <p>Je vous donne l'autorisation de transmettre les indications requises pour l'établissement de la facture à la Caisse des médecins, à la société ou à l'avocat éventuellement chargés de l'encaissement ainsi qu'aux instances officielles compétentes. Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet.</p>			
Datum Data Date		Unterschrift Firma Signature	

Bitte in Blockschrift ausfüllen
Si prega di scrivere in stampatello

Veuillez remplir en caractères d'imprimerie
Bu kartı lütfen büyük harflerle doldurunuz

Kind bambino enfant Çocukun	Name Cognome Nom Soyadı	Vorname Nome Prénom Adı
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Doğum tarihi		
Adresse Indirizzo Adresse	Strasse + Nr.	PLZ
Wohnort		
Krankenkasse/Versicherung Cassa malati/assicurazione Caisse de maladie/assurance Hastalık sigortası/Kaza sigortası		
Sektion Sezione Section Sigortanın yeri		
Vater padre père Babanın	Name und Vorname Cognome e nome Nom et prénom Soyadı ve Adı	
Beruf Professione Profession Mesleği		
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Doğum tarihi		
Arbeitgeber Datore di lavoro Employeur İşveren		
Tel. Geschäft Tel. d'ufficio Tel. de l'employeur İş yeri telefon		
Mutter madre mère Annem	Name und Vorname Cognome e nome Nom et prénom Soyadı ve Adı	
Beruf Professione Profession Mesleği		
Mädchenname Cognome da nubile Nom de jeune fille Bekârlık adı		
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Doğum tarihi		
Beruf Professione Profession Mesleği		
jetzt + Arbeitgeber + Tel. /		
Mein(e) Arzt / Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern. Il mio medico è autorizzato a richiedere in visione gli atti medici che mi riguardano.		
Mon médecin est autorisé à demander les dossiers médicaux à mon sujet. Doktorum, benim hakkımda tıbbi dosyaları getirtip görmeğe hakkı vardır.		
Ich erteile Ihnen die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die Ärztekasse (oder andere Verrechnungsstelle) weiterzuleiten. Bununla beraber size, Fatura kesilebilmesi için, gerekli bilgileri Doktorlar kasasına veya başka hesaplaşma yerlerine yollamanıza müsaade veriyorum.		
Datum Data Date Tarih		
Unterschrift Firma Signature İmza		

An Herrn/Frau _____

gemäss (tel.) Besprechung mit bestem Dank zurück
 gemäss Ihrem Schreiben vom _____ bitte zurückgeben
 zur Kenntnis bitte besprechen
 zur Stellungnahme bitte anrufen an ☎ _____
 zu Ihren Akten bitte weiterleiten an _____

Ich bitte Sie um Zustellung folgender medizinischer Akten:

Röntgenaufnahmen Auszug aus KG
 Röntgenberichts-kopie Laboruntersuchung
 Spitalentlassungsbericht Patientenakten
 EKG und Bericht _____
 Das Einverständnis des Patienten liegt vor.

Betrifft: _____

Datum: _____ Mit freundlichem Gruss

Beilagen Bitte wenden

Bestell-Nr. 0505.10

Name: _____

NK _____ Z _____

Labor Notfall sofort nach Vereinb. bei NK

Urin Status SS-Test **Serum** BSR CRP
 Uricult 24 Std.-Urin BZ nü / 1h / 2h pp
 Microalbumin Tagesprofil Belast.
Stuhl Haemoccult Bact. HbA1c PSA
 Parasiten Quick PTT

Haematologie Hb Lc wBB CK LDH AP
 Ec Hk Reti Amylase Lipase
 Thrombo Harnstoff Kreat. Harnsäure
 Blutstatus GOT GPT GGT Bili

Sputum Microbiologie, Zytologie Chol HDL-Chol. Triglyc.
 Tbc Fe EBK Ferritin
 D-Strep. Folsäure Vit. B12

FSH LH Prolactin T3 fT4 TSH
 Blutgruppe Rh-Antik. Latex AST LUES

Chemogramm Na K Cl Ca Mg P
Haematogramm ges. Eiweiss El'phorese
Flexicheck IgE Aero Matrix

HIV **Andere:** _____

Gyn. Untersuch **Lufu** nach Vereinb. / NK
 Röntgen **Sonographie** sofort / nach Vereinb. / NK
 sofort / nach Vereinb. / NK

EKG Ruhe Belastung sofort / nach Vereinb. / NK

Anzufordernde Dokumente: _____

SCHMID MOGELBERG AG, 9122 Mogelsberg Bestell-Nr. 0566.13

Bitte in Blockschrift ausfüllen Si prega di scrivere in stampatello

Veuillez remplir en caractères d'imprimerie
Escribir con mayusculas por favor

Name Cognome Nom Apellido	Mädchenname Cognome da nubile Nom de jeune fille Apellido de soltera
Vorname Nome Prénom Nombre	des Ehepartners/Vaters oder der Mutter del conjuge/padre/madre du conjoint/père/mère del cónyuge/padre/madre
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Fecha de nacimiento	Zivilstand Stato civile Etat civil Estado civil
Strasse/Strada/Rue/Calle	
Adresse Indirizzo Adresse Señas	PLZ Wohnort/Località/Localité/Localidad
Telefon Privat Tel. privato Tél. privé Tel. privado	Telefon Geschäft Tel. d'ufficio Tél. de l'employeur Tel. del patrono
Beruf (bei Kindern des Vaters oder der Mutter) Professione Profession Profesión	Arbeitgeber Datore di lavoro Employeur Patrono
Zuweisender Arzt/Hausarzt Medico curante/medico di famiglia Adressé par le docteur/médecin de famille Medico tratante/medico de familia	
Kostenträger/Garant <input type="checkbox"/> ambulante <input type="checkbox"/> Behandlung	Krankenkasse <input type="checkbox"/> Cassa malati <input type="checkbox"/> Caisse de maladie <input type="checkbox"/> Seguro de enferm.
Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Assicurazione infortuni <input type="checkbox"/> Assurance accidents <input type="checkbox"/> Seguro de accidente	Selbstzahler <input type="checkbox"/> Conto privato <input type="checkbox"/> Compte privé <input type="checkbox"/> Conto privado
Name der Krankenkasse/Versicherung Nome della cassa malati/assicurazione Nom de la caisse de maladie/assurance Nombre seguro de enfermedad/accidente	Taggeldversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mitglied-Nr. Krankenkasse No. della cassa malati No. de la caisse de maladie No. de seguro de enfermedad	Sektion Sezione Section Sección
Nationalität Nazionalità Nationalité Nacionalidad	Unterschrift Firma Signature Firma

SCHMID MOGELBERG AG, 9122 Mogelsberg 100% Altpapier

Bestell-Nr. 0561.51

Bitte in Blockschrift ausfüllen Voglia riempire in caratteri di stampa

Veuillez remplir en caractères d'imprimerie
Escribir con mayusculas por favor

Name Cognome Nom Apellido	de nito
Vorname Nome Prénom Nombre	de nito
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Fecha de Nacimiento	Tel.
Strasse / Strada / Rue / Calle	
Adresse Indirizzo Adresse Señas	PLZ Wohnort / Località / Localité / Localidad
des Kindes / del bambino / de l'enfant / de niño	Krankenkasse, Unfallvers., AHV/IV Cassa de malatia, assicurazione, AVS/AI Caisse de maladie, assurance, AVS/AI Seguros, AVS/AI
Name und Vorname Cognome e nome Nom et prénom Apellido y nombre	des Vaters del padre du père del padre
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Fecha de Nacimiento	Beruf Professione Profession Profesión
Name und Vorname Cognome e nome Nom et prénom Apellido y nombre	der Mutter della madre de la mère de la madre
Geburtsdatum Data di nascita Date de naissance Fecha de Nacimiento	Beruf Professione Profession Profesión
früher	jetzt

SCHMID MOGELBERG AG, 9122 Mogelsberg 100% Altpapier

Bestell-Nr. 0562.51

Ärztliches Zeugnis

z. Hd. von

Herr / Frau

steht wegen Krankheit / Unfall in meiner Behandlung

seit _____ .

Voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit

_____ Tage
_____ Wochen zu _____ % ab dem _____

Er / Sie war arbeitsunfähig zu

100 % vom _____ bis _____

50 % vom _____ bis _____

Datum: _____ Mit freundlichem Gruss

Ärztliches Zeugnis

für Schülerinnen und Schüler

z. Hd.

steht wegen Krankheit/Unfall in meiner Behandlung

seit _____ .

Voraussichtliche Dispens:

_____ Tage ab dem _____ für Schule
_____ Wochen Turnen
 Baden

Sie/Er war von Schule/Turnen/Schwimmen dispensiert

vom _____ bis _____

Datum: _____ Mit freundlichem Gruss

Ärztliches Zeugnis

z. Hd. von

Frau

steht wegen Krankheit / Schwangerschaft

seit _____ in meiner Behandlung.

Voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit mindestens

_____ Tage
_____ Wochen zu _____ % ab dem _____

Sie war arbeitsunfähig zu

100 % vom _____ bis _____

50 % vom _____ bis _____

Datum: _____ Mit freundlichem Gruss

Bestell-Nr. 0568.16

Datum	<input type="checkbox"/> dringend
Zeit	<input type="checkbox"/> nicht dringend
Name	
Vorname	Jahrg.
Adresse	
Tel.	
Zuständ. Arzt	
Grund des Anrufes:	
Bisherige Behandlungsmassnahmen:	
Besuch gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann?	
Bestellt auf:	

Bestell-Nr. 0568.16

Bestell-Nr. 0500.13

Datum _____

Betrifft Behandlung

Sie haben bis jetzt den **Unfallschein** noch nicht abgegeben.

Bitte senden Sie uns diesen Schein umgehend zu, da sonst die Unfallversicherung die Übernahme der Kosten ablehnen könnte.

Mit freundlichen Grüssen

Bestell-Nr. 0506.16

An die

Betrifft

Diagnose

Gesuch um Kostengutsprache für

Bemerkungen

Datum

Freundliche Grüsse

PS. Ohne Gegenbericht wird die Behandlung durchgeführt

Bestell-Nr. 0506.16

13.00

10

20

30

40

50

14.00

10

20

30

40

50

15.00

10

20

30

40

50

16.00

10

20

30

40

50

17.00

10

20

30

40

50

18.00

10

20

30

40

50

19.00

10

20

30

40

50

20.00

10

20

30

40

50

11.00

10

20

30

40

50

Montag

Besuche:

Dienstag

Besuche:

Notizen:

Mittwoch

Besuche:

Notizen:

7.00

10

20

30

40

50

8.00

10

20

30

40

50

9.00

10

20

30

40

50

10.00

10

20

30

40

50

Montag

Besuche:

Notizen:

in Buch zu 27 Wochen

Bestell-Nr. 0537.60

Montag

Notizen

700

10

20

30

40

50

800

10

20

30

40

50

900

10

20

30

40

50

1000

10

20

30

40

50

1100

10

20

30

40

50

7.00

15

30

45

8.00

15

30

45

9.00

15

30

45

10.00

15

30

45

11.00

15

30

45

12.00

15

30

45

in Buch zu 27 Wochen Bestell-Nr. 0537.50

Dr. med. Felix Muster, 3041 Bern

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

vor / mit / nach dem Essen

Datum:

Dr. med. Felix Muster, 3041 Bern

Dr. med. Felix Muster, 3041 Bern

_____ mal täglich _____
vor/mit/nach dem Essen

Datum:

- ml
- Teelöffel
- Tropfen
- Tabletten
- Zäpfchen
- Messlöffel

Dr. med. Felix Muster, 3041 Bern

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

Tabletten, _____-Löffel, Tropfen, Zäpfchen
vor/mit/nach dem Essen zu nehmen

Datum:

Dr. med. Felix Muster, 3041 Bern

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

vor / mit / nach dem Essen

Datum:

Dr. med. Felix Muster, 3041 Bern

Dr. med. Felix Muster, 3041 Bern

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

vor / mit / nach dem Essen

Dr. med. Felix Muster, 3041 Bern

morgens	mittags	abends	nachts
---------	---------	--------	--------

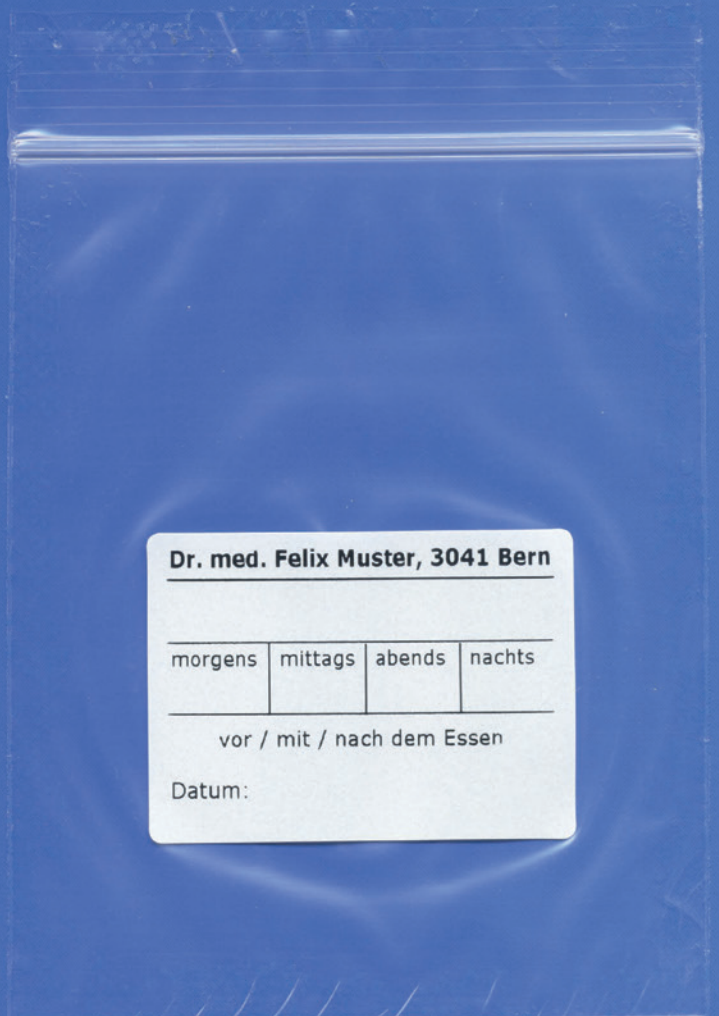
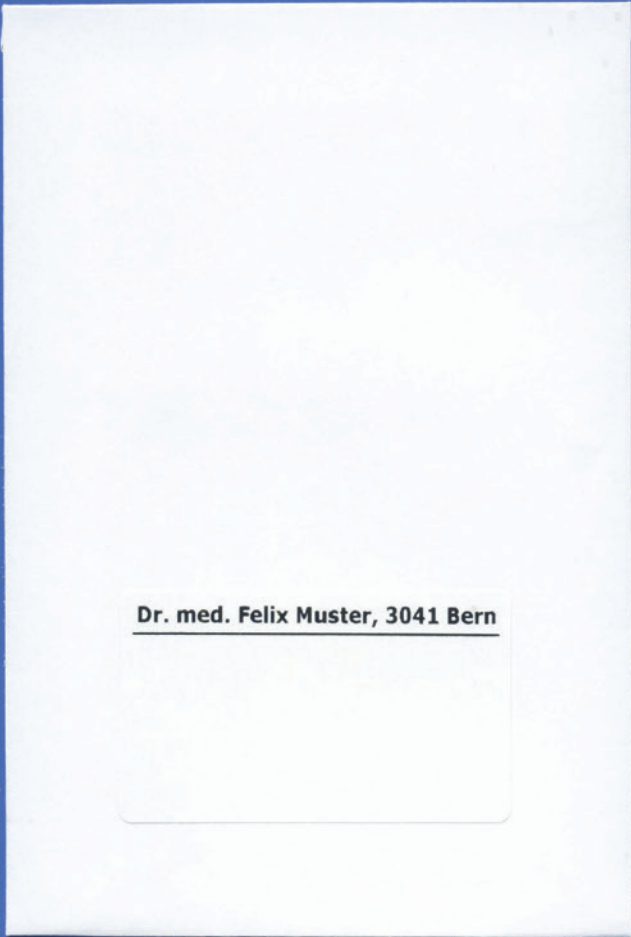
vor / mit / nach dem Essen

Datum:

Dieses Medikament für
Kinderhand unerreichbar
aufbewahren!

**ACHTUNG
Originalfilme!**

**Eigentum des Patienten
Gut aufbewahren
Zu Kontrollen immer mitbringen**



BREMAX Jahres-Agenden

zum Einschreiben
der Patienten und
Patientinnen

BREMAX, gebunden in Kunstleder-Einband bordeaux,
mit Eckenperforation, Format 215 x 300 mm.
Erhältlich mit 4 oder 8 Kolonnen.

Preise auf Seite 56 in unserer Preisliste.

Bestell-Nr. 0737.9xx
mit 4 Kolonnen

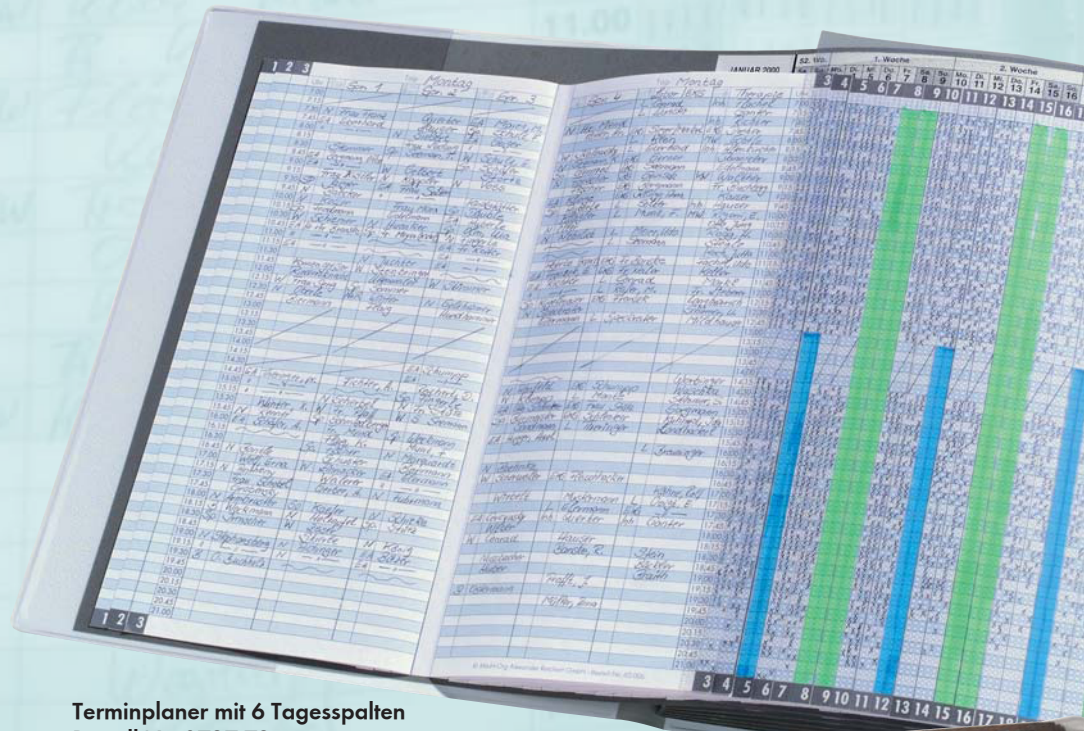
Bestell-Nr. 0737.7xx
mit 8 Kolonnen

Terminplanung für die Arzt- und Zahnarztpraxis

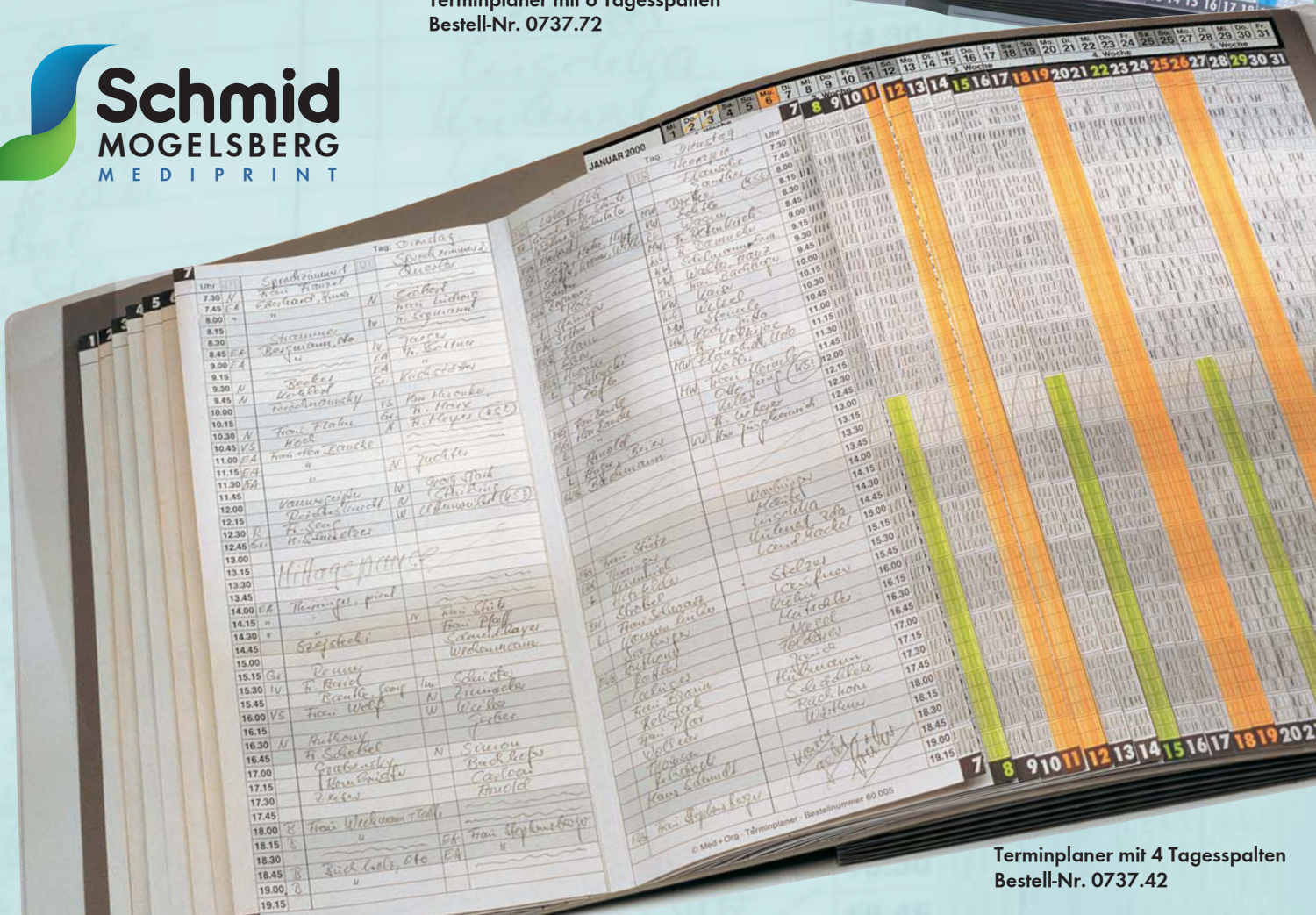
Professionelles Zeitmanagement mit



Erleichtern Sie sich Ihren Praxisalltag: Strukturieren Sie den zeitlichen Ablauf in Ihrer Praxis mit Terminplannern von MED+ORG! Ihre absolute Praxisnähe mit der realistischen Gliederung in 15-Minuten-Terminsprechstunden sorgt für eine optimale Koordination von Praxis-Belegung und internen Arbeitsabläufen. Und damit für zufriedene Patienten, freundliches Praxispersonal und eine ökonomische Praxis-Organisation.



Terminplaner mit 6 Tagesspalten
Bestell-Nr. 0737.72



Terminplaner mit 4 Tagesspalten
Bestell-Nr. 0737.42

Der Druck von **PATIENTENKARTEN** ist unsere Spezialität. Unsere langjährige Erfahrung zeigt, dass sich kaum zwei Ärzte für den gleichen Vordruck entscheiden. Wir drucken deshalb die Karten nach den individuellen Wünschen unserer Ärztekunden. Die nachfolgenden Hinweise helfen Ihnen bei der Gestaltung Ihrer eigenen Karten. Zweckmässig gestaltete Karteikarten erleichtern Ihnen Ihre Arbeit.

Der von uns verwendete Karteikarton wird aus bester, langfaseriger Cellulose hergestellt und entspricht punkto Reiss- und Falzfestigkeit dem besten heute erreichbaren Standard. Wir lassen diesen Karton speziell für uns in England herstellen, weil Schweizer Fabriken keinen so zähen Karton produzieren. **Recycling-Karton kann für Patienten-Karten nicht verwendet werden**, da die Fasern bei jedem Aufbereitungsprozess kürzer werden. Er ist deshalb für stark strapazierte Drucksachen nicht geeignet.

1. Form der Karten

Die Karten werden heute ausschliesslich in Mäppchenform mit Lappen verwendet. Es sind auch Ausführungen mit geklebten Taschen am Hinterdeckel und/oder Klappen am Mittelteil möglich. Der Lappen am Frontblatt kann dabei nach hinten (Figur 1, gebräuchlichere Version) oder nach vorn (Figur 2) gehen. Er sollte eine Länge von 60–80 mm haben, da bei längerem Lappen die Gefahr des Übereinandersteckens der Karten beim Ablegen grösser wird.



1

A. Lappen nach hinten:

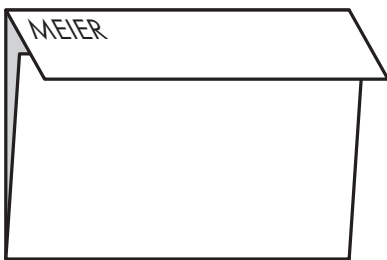
Vorteil: Der Personalienteil kann exakt dem Platzbedarf der EDV-Etikette angepasst werden. Werden die Personalien mit der Schreibmaschine geschrieben, muss die Karte nicht weit in die Maschine eingezogen werden.

Nachteil: keiner

B. Lappen nach vorn:

Vorteil: Der Platz auf dem Lappen ist durch die Personalien gut ausgenützt

Nachteil: Falls die Personalien mit der Schreibmaschine geschrieben werden, muss die Karte fast ganz durch die Maschine gezogen werden. Beim Kleben von EDV-Etiketten entfällt dieser Nachteil.



2

2. Grösse der Karten

Heute sind die folgenden drei Formate gebräuchlich:

A. Karten mit einer **Breite von 300 mm** (Grösse A4 quer) und einer Höhe von 220 mm (damit das A4-Format gut Platz hat)

Vorteil: A4-Einlageblätter und Korrespondenzen müssen nicht gefalzt werden. Die Mäppli werden darum nicht so dick.

Nachteil: Der Platzbedarf in Breite und Höhe ist grösser. Der Preis ist höher als bei kleineren Formaten.

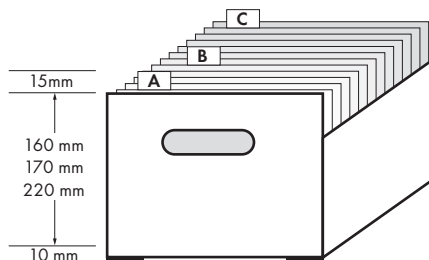
Nötige lichte Höhe der Schublade 235 mm + evtl. 10 mm für Einsatzkästliboden

B. Karten mit einer **Breite von 210 mm** (Grösse A5 quer) und einer Höhe von 160 mm (damit das A5-Format gut Platz hat)

Vorteil: Kompaktes Format – auch in Pultschubladen lassen sich diese Karten gut versorgen.

Nachteil: Die einzulegenden Blätter und Akten sind gleich breit wie die Karten und müssen darum immer sorgfältig eingelegt werden, damit sie seitlich nicht vorstehen. A4-Blätter werden gefaltet – die Mäppli sind dadurch dicker.

Nötige lichte Höhe der Schubladen 175 mm + evtl. 10 mm für Einsatzkästli-boden



C. Karten mit einer **Breite von 235 mm** (Grösse IV quer) und einer Höhe von 170 mm

Vorteil: A5-Einlageblätter haben darin gut Platz

Nachteil: Der Platzbedarf ist etwas grösser. Es ist kein Norm-Mass. Die Karten können nur in den durch uns lieferbaren HUBRU-Karteischränken oder in vom Schreiner angefertigten Möbeln abgelegt werden. Holzkarteikästli in dieser Grösse sind durch uns lieferbar. – A4-Blätter müssen gefaltet werden.

Nötige lichte Höhe der Schubladen 185 mm + evtl. 10 mm für Einsatzkästli-boden

3. Organisation der Kartei

A. Alphabetische Ordnung

Die gebräuchlichste Form der Ablage ist die alphabetische Ordnung. Dazu benötigen Sie ein Leitkartenalphabet. Das sind feste Karten aus Kunststoff mit überstehenden «Tabs» mit den Buchstaben A-Z. Dieses Alphabet ist in den folgenden Teilungen lieferbar:

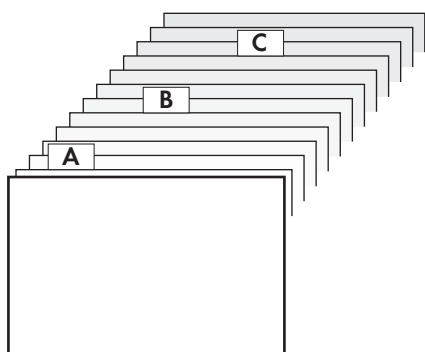
25-teilig: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P-Q, R, S, Sch, St, T, U, V, W, Y, Z

50-teilig: Aa, An, Ba, Be, Bi, Bo, Br, C, Da, Di, Ea, Eh, Fa, Fi, Fr, Ga, Ge, Gr, Ha, He, Ho, IJ, Ka, Ki, Kr, La, Le, Lo, Ma, Mi, Mo, Na, Ni, O, P, Q, Ra, Ro, Sa, Scha, Scho, Se, St, Ta, Ti, U-V, Wa, Wi, X-Y, Z

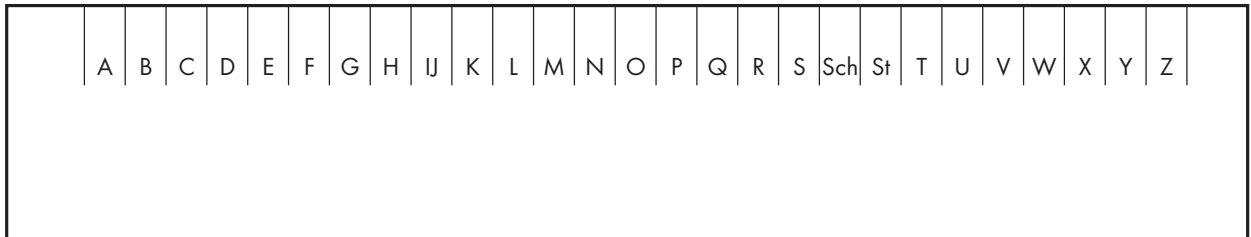
Es hat sich gezeigt, dass für die ruhende Kartei (Patienten mit abgeschlossener Behandlung) das 50-teilige Alphabet zweckmässig ist, da hier mit den Jahren 1000e von Karten zusammenkommen.

Für die laufende Kartei mit einer praktisch konstanten Anzahl von Karten genügt ein 25-teiliges Alphabet, wenn nicht aus Gründen der Konsequenz auch da ein 50-teiliges Alphabet vorgezogen wird.

Die Menge der Karten pro Buchstabe lässt sich halbieren, wenn für Frauen- und Männerkarten zwei verschiedene Kartonfarben gewählt werden. Wenn Frau Emma Meier nach 3 Jahren wieder in Behandlung kommt, muss ihre Karte nur unter den «Frauen-Karten» Meier gesucht werden und nicht unter allen «Meier-Karten».



Die alphabetische Ordnung kann weiter verfeinert werden, um z.B. eine falsch abgelegte Karte sofort wieder zu finden. Zu diesem Zweck wird am oberen Rand der Karte das Alphabet aufgedruckt:



Möglichkeiten:



a) *Einfachste Art:*

Mit einem Filzschreiber wird der Anfangsbuchstaben des Familiennamens (Meier = M) markiert. Eine falsch abgelegte Meier-Karte fällt sofort auf, weil die sich beim **M** bildende durchlaufende Markierung unterbrochen ist. Bei häufigen Geschlechtern kann zusätzlich der Vorname mit einer anderen Farbe bezeichnet werden.



b) *Alphabet mit zusätzlicher Unterteilung der Buchstaben:*

Wenn man die einzelnen Buchstaben des Alphabetes einmal vertikal unterteilt (siehe nebenstehende Skizze), kann neben dem Vornamen auch der zweite Buchstabe des Familiennamens in einer 3. Farbe markiert werden, was eine zusätzliche Verfeinerung ergibt.

c) *Alphabetisch nach Jahrgang-Endzahl*

Jeder Jahrgang-Endzahl 0-9 wird in eine separate Schublade oder Schubladen-Reihe alphabetisch eingeordnet, was eine 10-fache Verfeinerung ergibt (Also alle Patienten mit Jahrgang 1957, 1967, 1977, 1987 etc. ins gleiche Alphabet).

-100	-200	-300	-400
-500	-600	-700	-800
-900	-1000	-1100	-1200

B. Numerische Ordnung

Diese wird vor allem für das **Röntgenfilm-Archiv** angewandt:

Jeder Patient erhält, sobald er das erstmal geröntgt wird, seine fortlaufende Röntgen-Nummer. Diese wird dann auf der Patientenkarte notiert. Gleichzeitig erhält er ein Sammelcouvert in Thoraxgröße; das numerisch in den entsprechenden Wandschrank abgelegt wird. Dazu liefern wir Ihnen gerne selbstklebende Doppelnummern zum problemlosen Nummerieren der KG und der Röntgen-Archivtaschen.

Bei alphabetischer Ablage der Röntgenbilder eignet sich auch ein Stahlschrank. Nähere Angaben über solche Schränke finden Sie in unserer beiliegenden Preisliste. Für beide Ablagesysteme liefern wir die passenden Archiv-Taschen.



Das Verwenden einer separaten Röntgennummer hat auch den Vorteil, dass durch die spätere Vergabe einer neuen Nummer (z.B. beim erneuten Röntgen nach 3 bis 4 Jahren) – die neue Nummer wird einfach auf KG und Archivtasche über die alte geklebt – eine altersmässige Selektionierung stattfindet. Die im Archiv verbleibenden «kleinen» Nummern sind dann Patienten, die seit x Jahren nicht mehr geröntgt wurden und deren Bilder in eine Alt-Ablage versorgt oder vernichtet werden können.

Selbstverständlich können die KG's auch nach Patientennummern abgelegt werden. Vor dem Heraussuchen muss immer zuerst die EDV-Patientennummer eruiert werden.

4. Signalisation der Karten

Was kann signalisiert werden?

Alles, was Sie nicht EDV-mässig erfasst haben oder auf der Patientenkarte auf einen Blick sehen wollen, wie:

Abrechnungstermin (Verfall des Krankenscheines), andere Kostenträger (SUVA, EMV, IV, Privatversicherung, Selbstzahler etc.) Hospitalisation, Schwangerschaft, letztes Behandlungsjahr.

Wie kann signalisiert werden?

A. Mit Celluloidreitern (gebräuchlichste Art)

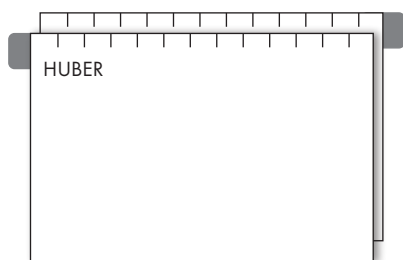
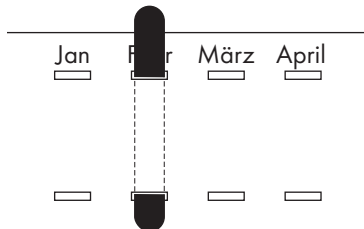
Vorteil: Die Reiter halten gut und sind billig. Sie sind in 10 verschiedenen Farben lieferbar und signalisieren nicht nur durch die Farbe, sondern auch durch ihre Position. Es ist vorteilhaft, für den Abrechnungstermin mindestens 2 verschiedene Farben zu verwenden (für gerade und ungerade Monate). So müssen die Karten mit den roten Reitern in diesem Monat, die Karten mit den blauen Reitern im nächsten Monat abgerechnet werden.

Nachteil: Die Karten müssen eine Schlitzlochstanzung aufweisen. Die Reiter können bei unsachgemässer Behandlung abbrechen (kommt bei der heutigen Qualität der Reiter fast nicht mehr vor).

B. Mit Signalfolien aus Kunststoff mit vorstehendem Tab

Vorteil: Keine Schlitzlochstanzung nötig. Die Folien haben eine unbegrenzte Lebensdauer und können nicht herausfallen.

Nachteil: Sie sind relativ teuer. Es gilt zu beachten, dass sie wieder genau gleich eingelegt werden. Die Markierung erfolgt in nur 2 Positionen (entweder links oder rechts vorstehend). In 6 Farben lieferbar.



KARTEIKARTEN (KRANKENGESCHICHTEN/PATIENTENKARTEN)

An die Patientenkartens werden hohe Anforderungen bezüglich Stabilität und Falzfestigkeit gestellt. Der von uns verwendete Karton wird speziell hergestellt und ist wohl das geeignetste Produkt für diesen Zweck auf Papierbasis. Daneben ist auch kunststoffverstärktes Papier oder gar synthetisches «Papier» erhältlich. Da diese Produkte wesentlich teurer sind, werden sie nur in Einzelfällen eingesetzt. Recycling-Karton eignet sich nicht.



Klimaneutraler Printy Stempel mit trendigen Griff-Farben



schwarz*



weiss*



rot*



grün*



blau*



«Mobile»



Der Printy Stempel ist der erste klimaneutrale Stempel der Welt. Modernes Design, aussergewöhnliche Funktionalität, beste Qualität. Mit hohem Anteil an Recycling-Kunststoff gefertigt. Gemessen und bestätigt wird die erzielte CO₂-Reduktion durch das unabhängige Unternehmen ClimatePartner.

Printy Stempel der weltweit Meistverkaufte

mit integriertem Stempelkissen (schwarz, rot, blau, grün, violett)
Gehäuse: Standardfarbe schwarz, Griff-Farbe auf Wunsch farbig* lieferbar

Bestell Nr.			1
Trodat Printy-Stempel			
0774.10	mini 4910	Stempelfläche 25/ 9 mm (2-3 Zeilen)	30.00
0774.11	klein 4911	Stempelfläche 38/14 mm (-4 Zeilen)	35.00
0774.12	mittel 4912	Stempelfläche 47/18 mm (-5 Zeilen)	40.00
0774.13	gross 4913	Stempelfläche 58/22 mm (-6 Zeilen)	45.00
0774.15	gross 4915	Stempelfläche 70/25 mm (-7 Zeilen)	50.00

Trodat Printy-Stempel «Mobile»

Einfach, stabil, sauber, Taschenstempel mit einzigartiger EIN-HAND-BEDIENUNG, geeignet für alle Anwendungen, unterwegs, Notfallkoffer etc., Griff: Standardfarbe silber, auf Wunsch andere Farben lieferbar

0774.411	klein 9411	Stempelfläche 36/14 mm (-4 Zeilen)	35.00
0774.412	mittel 9412	Stempelfläche 45/18 mm (-5 Zeilen)	40.00

Ersatzkissen

0774.20	für Printy 4810/4910	6.30
0774.21	für Printy 4911	6.30
0774.22	für Printy 4912	7.00
0774.23	für Printy 4913	8.20
0774.25	für Printy 4915	10.80
0774.211	für «Mobile» Printy 9411	6.30
0774.212	für «Mobile» Printy 9412	7.00



NCR Non-Stop-Stempel mit rotem Holzgriff und Metallgehäuse

brauchen kein Stempelkissen, erste Einfärbung reicht für ca. 10000 Abdrücke, nachher alle 3-4 Wochen nachfärben.

Achtung - nur Originalfarbe verwenden!

Bestell Nr.	Ausführung	1
0775.10	mini NCR10 Stempelfläche 25/10 mm (1-5 Zeilen)	46.-
0775.11	klein NCR11 Stempelfläche 35/15 mm (-4 Zeilen)	55.-
0775.13	gross NCR13 Stempelfläche 55/25 mm (-6 Zeilen)	76.-
0775.15	gross NCR15 Stempelfläche 70/30 mm (-7 Zeilen)	89.-
0775.20	Reinigungsbürsteli	6.-
0775.2x	Stempelfarbe 15g zum Nachfärben der NCR-Stempel x = Farbnummer: 2 = blau, 3 = rot, 6 = grün, 9 = schwarz	16.-



NEU:
mit optimaler Druckeinstellung für den perfekten Abdruck!

Gummistempel

benötigen ein separates Stempelkissen

Bestell Nr.	Ausführung	1
0773.41	mini Stempelfläche 40/10 mm	26.-
0773.42	klein Stempelfläche 40/20 mm	33.-
0773.43	mittel Stempelfläche 40/30 mm	39.-
0773.63	gross Stempelfläche 60/30 mm	45.-
0773.83	gross Stempelfläche 80/30 mm	51.-



Sie werden für jeden Zweck nach Ihren Angaben hergestellt (z.B. Name und Adresse, fürs Labor, anatomische zum Stempeln in die KG, etc.)

Verlangen Sie unseren Katalog Anatomische Stempel!

Andere Modelle auf Anfrage!

Elektronischer Zeitstempel TPR 338

Multifunktions-Stempeluhr, integrierte Schutzfunktion mit Sicherheits-Code, verhindert ein unerwünschtes Ändern von Zeit und Datum

Bestell Nr.	Ausführung	1
7919.00	Dient als Uhr/Wecker, Kalender und Stempel mit Mehrzweck-information z.B.: 15-03-01 08:42 IN 20-06-01 15:53 OUT Abb. Originalgrösse	310.-
7919.12	Farbwalze	28.-





Datumstempel

Trodat - Bänderdatumstempel, mit Drehmechanik

Bestell Nr.	Ausführung		1
0772.04	1004 schmal, 14 mm breit	18. 10. 09	12.00
0772.10	1000 schmal, 18 mm breit	27. FEB. 2010	9.70
0772.12	1010 schmal, 25 mm breit	3 0. Nov. 2010	9.70



Dateur

selbstfärbender Datumstempel, mit Drehmechanik

Bestell Nr.	Ausführung		1
0772.32	Printy 4810, 20 mm breit	28. AUG. 2010	11.90
0772.31	Printy 4820, 25 mm breit	28. Aug. 2010	26.00
Ersatzkissen (schwarz)			
0772.50	für Printy 4710		7.60
0774.20	für Printy 4810/4910		6.30
0774.21	für Printy 4911/4820		6.30



Dateur professional line

selbstfärbender Datumstempel, aus Kunststoff

Bestell Nr.	Ausführung		1
0772.40	Trodat 5030, 26 mm breit nur Datum:	28. Aug. 2010	51.00
0772.41	Trodat 5430L Text schwarz	EINGEGANGEN	54.00
	weitere mögliche Texte: Bezahlt/gebucht	28. Aug. 2010	





Numeroteur

Metallgehäuse, Ziffern 4,5 mm hoch

Bestell Nr.	Ausführung	1
0772.60	Reiner B 6 (1, 2, 3, 4, 6 x und 12 x repetierend)	120.00
0772.69	Ersatzkissen schwarz, eingefärbt	16.00
0772.9x	Stempelfarbe für Dateur und Numeroteur mit Metallwalzen	7.50
x = Farbnummer: 3 = rot, 9 = schwarz		



MAUL-Stempelträger

Bestell Nr.	Ausführung	1
0773.08	Metall drehbar, für 8 Stempel (Farben: schwarz, hellgrau)	24.00



Stempelpissen

CARFA-Tamponfix mit Schaumgummikissen; schont die Stempel, für schöne Abdrücke

Bestell Nr.	Ausführung	1
0774.4x	Stempelpissen Carfa Gr. 4, 70/110 mm	8.80
0774.5x	Stempelpissen Carfa Gr. 5, 50/190 mm	7.80
0774.9x	Stempelfarbe Carfa-Fix zum Nachfärben der Kissen, Fläschchen von 24 ml	6.80
x = Farbnummer: 1=violett, 2=blau, 3=rot und 9=schwarz		



Stempelmuster

Für die grafische Gestaltung Ihres Stempels haben wir Ihnen nachstehend 13 Beispiele vorgegeben. Für die gewünschte Schriftart ist die roten Zahl massgebend. Die Textanordnung bestimmen Sie mit den Buchstaben A–D. **Geben Sie also jeweils eine Zahl (1–13) und einen Buchstaben (A–D) an, um die Gestaltung Ihres gewünschten Stempels zu definieren.**

Selbstverständlich sind auch andere Schriften möglich.

Legen Sie in diesem Fall ein Schriftmuster oder einen Stempelabdruck bei oder verlangen Sie unsere Schriftmuster.

A links



B mitte



C rechts



D geblockt



1

Dr. med. Kurt Schmid
Facharzt FMH für Herzkrankheiten
Einsteinstrasse 13 · 8000 Zürich
Tel. 044 555 11 33

2

Dr. med. Helen Schmid
Innere Medizin FMH
Multergasse 23
9000 St.Gallen
Tel. 071 272 16 89

3

Dr. med. Kurt Schmid
Innere Medizin FMH
Unterdorfstrasse 12a
3000 Bern
Tel. 031 352 56 78

4

DR. MED. KURT WAGNER
Allgemeinmedizin FMH
Einsteinstrasse 13
8000 Zürich
Tel. 044 555 11 33

5

Dr. med. Margrit Zumbühl
Gynäkologie & Geburtshilfe FMH
Neudorfstrasse 37 · 8820 Wädenswil
Tel. 044 430 60 89 · Fax 044 431 75 10
EAN 7601000681298 · ZSR X 6312.13

6

Dr. med. Karl Koller
Allgemeinmedizin FMH
Demutstrasse 117
9012 St.Gallen
Tel. 071 272 12 18

7

Dr. med. Kurt Schmid
Unterdorfstrasse 12a
3000 Bern
Tel. 031 352 56 78

8

Dr. med. Eugen Wagner
Augenarzt FMH
Demutstrasse 42 · 7000 St.Gallen
Tel. 071 555 11 33 · Fax 071 555 11 36

9

Dr. med. Rolf Hürlimann
Kinder- und Jugendmedizin FMH
Unterdorfstrasse 14
9443 Widnau
Tel. 071 722 03 45
Fax 071 722 03 48

für Impfkarten

10

Dr. med. K. Wagner
8000 Zürich

12

Dr. med. K. Wagner
Innere Medizin FMH
8000 Zürich
E-Mail: k.wagner@bluewin.ch

11

Dr. med. K. Frey
Kinderärztin FMH
8848 Langnau

13

Dr. med. Kurt Schmid
Allgemeinmedizin FMH
Schulhausstrasse 15
8953 Dietikon
Tel. 044 823 50 60

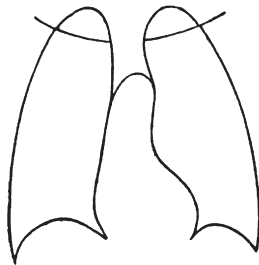
Anatomische Stempel sind ab jeder Vorlage möglich.

Die gedruckte oder gezeichnete Figur wird gescannt und kann dabei beliebig verkleinert oder vergrößert werden. Wenn Sie uns eine Stempelvorlage zustellen, geben Sie bitte immer auch noch die gewünschte Höhe oder Breite an.

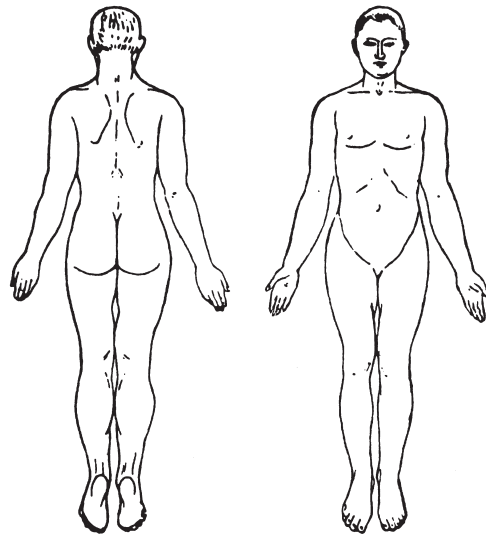
Einige der meistgebrauchten anatomischen Stempel haben wir nachstehend abgebildet. Wenn Sie diese bestellen, genügt die Angabe der Bestell-Nummer. Weitere Vorlagen finden Sie in unserem Katalog «Anatomische Stempel», den Sie anfordern können.

Beispiele anatomischer Stempel

Verlangen Sie unseren ausführlichen Katalog dazu!

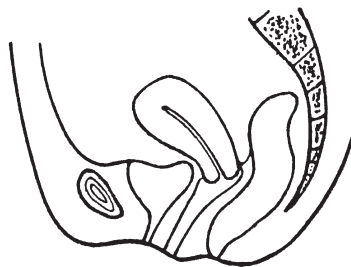


1807 – Lunge



1863 – Körper von hinten

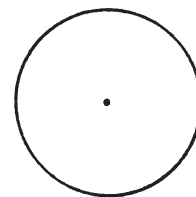
1864 – Körper von vorne



1898 – Becken seitlich



1896 – Brüste



1888 – Kolposkopiekreis

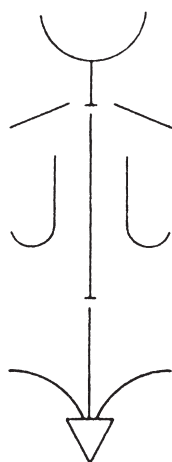
Maximal mögliche Grössen:

Printy = 75/38 mm

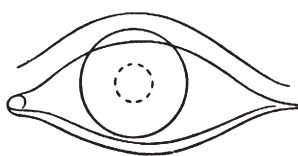
Non-Stop = 180/65 mm , Übergrössen nur in Holzhalter

Gummistempel = keine Beschränkung

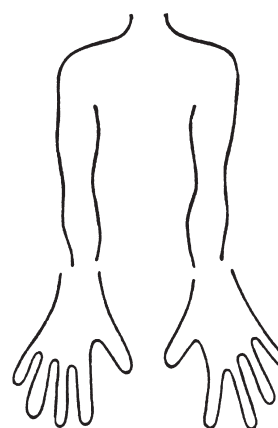
Alle abgebildeten oder von Ihnen gelieferten Vorlagen können in den gewünschten Grössen geliefert werden!



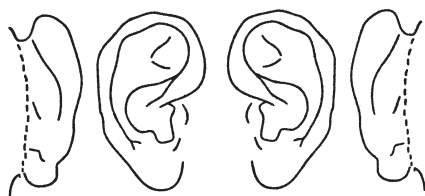
1827 - Rücken



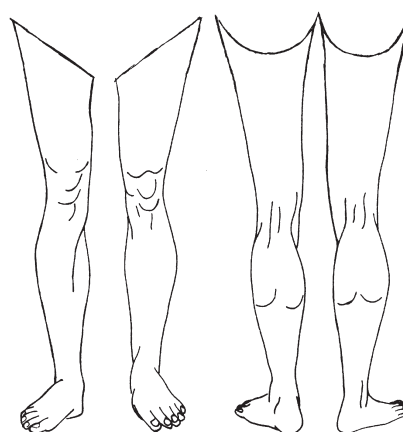
1907 - linkes oder rechtes Auge



1815 - schematische Hände



1701 - Ohren ausführlich



1869 - Beine von vorn + hinten