Zuweisung Patient:in medikamentöse Adipositas-Therapie bei Ovivamed

Ovivamed AG, Seestrasse 353, 8038 Zürich
ovivamed@hin.ch +41 41 511 52 41

Angaben Patient:in

Vorname		Geschlecht		Geb. Datum	
Nachname		AHV-Nr.		Telefon	
Strasse		E-Mail			
PLZ Ort		Versicherten-Nr.			

Krankenkasse (Grundversicherung)

Adresse		Telefon	Fax
		GLN	

Angaben Zuweisung

☐ **Ich habe den Patienten / die Patientin darüber aufgeklärt, dass es sich um eine telemedizinische Behandlung handelt (Videokonsultation).**

◯ ja ◯ nein

☐ **Der / Die Patient:in hat der Überweisung zugestimmt und ist mit der Kontaktaufnahme durch Oviva einverstanden.**

◯ ja ◯ nein

☐ **Verfügen Sie über Selbstdispensation und können die Medikamentenabgabe vor Ort durchführen?**

◯ ja ◯ nein

☐ **Möchten Sie die Selbstzahler-Therapie im Falle einer Ablehnung der Kostengutsprache durch die Grundversicherung selbst übernehmen?**

◯ ja ◯ nein

Was wurde bisher unternommen zur Gewichtsreduktion?

☐ **Wurde bereits ein bariatrischer Eingriff vorgenommen?**

◯ ja ◯ nein

Hinweis: Bei bariatrisch vorbehandelten Patienten erstattet die Grundversicherung die Therapie mit Wegovy nicht, es besteht aber die Möglichkeit, die Therapie als Selbtszahlerleistung durchzuführen.

☐ **Medikamente zur Gewichtsreduktion**

Welches Medikament	Von wann	Bis wann	Erzielter Gewichtsverlust
			kg

☐ **Der / die Patient:in ist aktuell an eine Ernährungsberatung angebunden.**

Wo?	Von wann	Bis wann	Erzielter Gewichtsverlust
			kg

Überweisungsunterlagen

Aufgrund unseres telemedizinischen Angebots sind wir auf die folgenden Informationen von Ihnen angewiesen.
Bitte fügen Sie diese Informationen in die vorliegenden Felder ein oder übermitteln Sie Daten als Attachment oder separat an ovivamed@hin.ch per E-Mail.

☐ **Vollständige Diagnosen-Liste**

☐ **Medikamentenplan**

☐ **Allergien / Intoleranzen**

☐ **Vitalparameter (zum Zeitpunkt der Überweisung)**

Herzfrequenz (HF)		1/s	**BMI**		kg/m^2
Blutdruck (RR)		mm(Hg)	**Gewicht**		kg
Grösse		cm	**Bauchumfang**		cm

☐ **Aktuelle Laborwerte (nicht älter als 3 Monate)**

ALT		U/l	**Kreatinin**		umol/l	**HbA1c**		%
CRP		mg/l	**Albumin**		g/l	**TSH**		m[iU]/l
Na		mol/l	**GGT**		U/l	**AST**		U/l
K		mol/l	**Hämoglobin**		g/l	**Hämatokrit**		%
Erythrozyten		1/pl	**Leukozyten**		1/ul	**Thrombozyten**		1/nl
Lipidstatus			**Urinstatus**					

Angaben Zuweiser:in

Adresse

Telefon **Fax**

GLN **ZSR**

E-Mail

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Ovivamed AG.