

ZUWEISUNG AN ARZT ODER ZENTRUM

ZUWEISUNG AN ARZT (falls bekannt)

FUSS- + SPRUNGGELENSCHIRURGIE

RHEUMATOLOGIE

HNO-ZENTRUM

HANDZENTRUM

SCHULTERZENTRUM

KIEFERCHIRURGIE

HÜFTZENTRUM

SPORTMEDIZIN

PLASTISCHE CHIRURGIE

KNIEZENTRUM

WIRBELSÄULENZENTRUM

ICH BITTE UM FACHÄRZTLICHE ABKLÄRUNG VON

Name

Telefon

Vorname

Telefon

Strasse / Nr.

Telefon

PLZ / Ort

E-Mail

Geburtsdatum

Geschlecht

Versicherung P HP Allg. Krankheit Unfall

Problemstellung

Anamnese und Befund

Diagnose

Nebendiagnose

Röntgenbefunde/Zusatzuntersuchungen s. Beilage In Verarbeitung bei

Bisherige Therapien/Medikamente

Unterlagen folgen per Fax Post E-Mail Patient Keine

Fax/E-Mail für Termininfo an zuweisenden Arzt

Zuweisender Arzt

Datum

Unterschrift

Tel.

Fax

GLN

ZSR

Folgende Terminangaben werden durch die Hirslanden Klinik Birshof ausgefüllt und retourniert

Voraussichtlicher Termin

Bei Arzt