



Anmeldung Rheumatologie

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	Telefon
PLZ, Ort	E-Mail
Geburtsdatum	Geschlecht

Hausarzt

Stationär oder Sprechstunde

Angaben zum Patient

<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Unfall
<input type="checkbox"/> 2er P	<input type="checkbox"/> Krankheit
<input type="checkbox"/> 1er P	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Unklar	

Eintritt stationär

Innert 2 - 3 Tagen
 Innert 7 Tagen
 Gewünschtes Datum

Termin Sprechstunde

Dringend
 Regulär

Diagnosen

Medikamente

Weitere Informationen

Zuweisender Arzt

Datum	Tel.	Fax
	GLN	ZSR