Allgemeine rheumatologische Zuweisung

medForms.ch
© 2024, alle Rechte vorbehalten

Patient:in

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.datum Geschlecht
AHV-Nr.
Telefon
Mail

Empfänger

GLN ZSR
Mail

Kostenträger

Adresse
GLN

Gesetz/Fall

Beh. grund
Gesetz
Vers.-Nr.
Fall.-Nr./-Dat.

Untersuchungstermin

☐ dringend ◯ Patient:in meldet sich ◯ Termin vereinbaren ab
◯ Termin vereinbart am ::

Gewünschte Untersuchung

☐ Sonographiegesteuerte Infiltration
☐ Wirbelsäuleninfiltration
☐ Sonographie am Bewegungsapparat
☐ Osteoporoseabklärung
☐ Konsilium / Beratung
☐ Anderes (bitte angeben)

Anamnese / Indikation / Fragestellung

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Zuweiser:in ☐ Zuweiser:in = Hausärzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Hausärzt:in ☐ Bitte Befundkopie an Hausärzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Datum

Elektronische Übermittlung

Der «Direkt-Versand» ist deaktiviert, weil der Empfänger nicht gesichert erreicht werden kann (HIN-Mail|Medidata)!

medForms.ch
© 2024, alle Rechte vorbehalten

Bemerkungen