



## Anmeldung Rheumatologie

Name	Telefon	
Vorname	Telefon	
Strasse, Nr	E-Mail	
PLZ, Ort	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**

Tel.	Fax
GLN	ZSR
Datum	

**Elektronische Übermittlung**

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.