

## Anmeldung zur Sprechstunde/Operation Chirurgie und Orthopädie

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

<b>Kostenträger</b>	Vers.-Nr.	Unfall-Nr./-Dat.	/
Versicherung			

<input type="checkbox"/> Chirurgie (Viszeral / Thorax / Gefäss) 052 634 87 86 chirurgie@spitaeler-sh.ch	<input type="checkbox"/> Orthopädie (Ortho / Trauma / Hand) 052 634 87 86 orthopaedie@spitaeler-sh.ch
---	---

**Einweisungsgrund**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**Diagnosen**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**Medikamente**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

<b>Zuweisender Arzt</b>	Tel.	Fax
	GLN	ZSR
	Mail	
	Datum	

<b>Elektronische Übermittlung</b> Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.	
---	--