

Anmeldeformular für Zuweiser

Patientendaten:

Name:

Vorname:Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer P/G/N:

Gewünschte Untersuchung:

- Konsiliarische Beurteilung Abdomen-Sonographie Gastroskopie
 Anoskopie Kolonoskopie
 Vorsorge-Kolonoskopie Darmkrebsvorsorgeprogramm **DVP**

Überweisungsgrund:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diverses:

Über Kopien von Laborresultaten, eine vollständige Diagnose- und Medikationsliste als Beilage wären wir sehr dankbar.

Ort/Datum: Arzt/Unterschrift:

Bitte senden Sie uns das Formular per Mail an: ✉ praxiszuesli@hin.ch

oder per Fax an: 📠 041 410 16 63