

## Anmeldeformular für Zuweiser

### Patientendaten:

Name: .....

Vorname: .....Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefonnummer P/G/N: .....

### Gewünschte Untersuchung:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Konsiliarische Beurteilung | <input type="checkbox"/> Abdomen-Sonographie | <input type="checkbox"/> Kolonoskopie   |
| <input type="checkbox"/> Vorsorge-Kolonoskopie      | <input type="checkbox"/> Gastroskopie        | <input type="checkbox"/> Anorektoskopie |
| <input type="checkbox"/> Anoskopie                  | <input type="checkbox"/> Anderes: .....      |   |

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](mailto:praxiszuesli@hin.ch)

oder per Fax an:  041 410 16 63