

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allg. Nasenatmungsprobleme | <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Anderes (bitte angeben) |
| <input type="checkbox"/> Ästhetische Nasenoperation | | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Probleme Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Schnarchabklärung | |
| <input type="checkbox"/> Tonsilien-/Adenoidhypertrophie | <input type="checkbox"/> Hörabklärung/Hörminderung | |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Tinnitus | |
| | | |

Indikation / Fragestellung / Allergien / Medikamente

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

Zuweiser:in

Zuweiser:in = Hausarzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Hausarzt:in

Bitte Befundkopie an Hausarzt:in

Mail
GLN ZSR
Tel.

Datum

Elektronische Übermittlung

Bemerkungen