

ZUWEISUNG

HIRSLANDEN KLINIK BIRSHOF
REINACHERSTRASSE 28
CH-4142 MÜNCHENSTEIN

T +41 61 335 22 22
F +41 61 335 22 05
birshof.zuweisung@hirslanden.ch

HIRSLANDEN



KLINIK BIRSHOF

ZUWEISUNG AN ARZT

ZUWEISUNG AN ARZT (falls bekannt)

ZUWEISUNG AN ZENTRUM

- HANDZENTRUM
- HÜFTZENTRUM
- Kniezentrum
- RHEUMATOLOGIE
- SCHULTERZENTRUM
- SPORTMEDIZIN
- WIRBELSÄULENZENTRUM

ZUWEISUNG AN WEITERE DISZIPLINE

- FUSS- UND SPRUNGGELENKSCHIRURGIE
- HNO
- KIEFERCHIRURGIE
- PLASTISCHE CHIRURGIE

ICH BITTE UM FACHÄRZTLICHE ABKLÄRUNG VON

Name Vorname

Geb.datum Geschlecht SV-Nr.

Strasse PLZ / Ort

Tel. P / G / Handy / Mail

Versicherung P HP Allg. Krankheit Unfall

Problemstellung

Nebendiagnose

Röntgenbefunde / Zusatzuntersuchungen siehe Beilage in Verarbeitung bei

Bisherige Therapien / Medikamente

Unterlagen folgen per Fax Post E-Mail Patient keine

Zuweisender Arzt

Tel. Fax

GLN ZSR

Mail

Datum Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung

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

Voraussichtlicher Termin bei Arzt

Nebenstehende Terminangaben werden durch die Hirslanden Klinik Birshof ausgefüllt und retourniert