

Zuweisung

Patientendaten

Geschlecht

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Strasse / Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon

Versicherungsstatus

Allgemein Halbprivat Privat

Zuweiserdaten

E-Mail:

Telefon:

GLN:

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Bemerkungen

Elektronische Übermittlung

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