

Anmeldung zur Spezialsprechstunde / Notfallsprechstunde

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	E-Mail
PLZ, Ort	Geburtsdatum

<input type="radio"/> Bitte Patientin aufbieten	<input type="radio"/> Patientin hat Termin am	um	Uhr
Dringlichkeit <input type="radio"/> Routine	<input type="radio"/> Heute noch	<input type="radio"/> Verlaufskontrolle	

Kostenträger	Vers.-Nr.
Versicherung	

Notfallsprechstunde - Grund

Spezialsprechstunde

<input type="checkbox"/> Endometriosesprechstunde	<input type="checkbox"/> Kinder- und jugendgynäkologische Sprechstunde
<input type="checkbox"/> Brustsprechstunde	<input type="checkbox"/> Geburtshilfliche Spezialsprechstunde
<input type="checkbox"/> Uro-gynäkologische Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Dysplasiesprechstunde
<input type="checkbox"/> Vulvasprechstunde	<input type="checkbox"/> Myomsprechstunde

Sprechstunde Kaderärzte	bitte Name angeben, wenn gewünscht
--------------------------------	------------------------------------

Gewünschte Untersuchung

<input type="checkbox"/> Gespräch/Beratung	<input type="checkbox"/> Brustuntersuchung/Mammasonografie
<input type="checkbox"/> Gynäkologische Untersuchung	<input type="checkbox"/> Kolposkopie
<input type="checkbox"/> Transvaginalsonografie	<input type="checkbox"/> Operationsplanung
<input type="checkbox"/> Routinekontrolle	<input type="checkbox"/>

Klinische Angaben

Fragestellung

Zuweisender Arzt	Mail	
	Tel.	Fax
	GLN	ZSR
	Datum	

Elektronische Übermittlung

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