



ZUWEISUNG ZUR VISZERALCHIRURGISCHEN BEURTEILUNG UND BEHANDLUNG

Termin vereinbart auf:

Bitte zur Konsultation anbieten:

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Mobile Nummer:

E-Mail-Adresse:

Versicherungsstatus für stationäre Behandlung: allgemein halbprivat privat

Krankenkasse / Mitglied-Nummer:

Diagnose:

Bisherige Befunde / Therapie:

Fragestellung / gewünschter Eingriff:

Beilagen: Ja Nein

Zuweiser (Unterschrift /Stempel):

Senden an:

Fax: 044 209 20 91

Mail: viszeralchirurgie-bellaria@hin.ch

Postadresse
