

## ANMELDUNG ZUR SPRECHSTUNDE

**KLINIK ST. ANNA**

ST. ANNA-STRASSE 32  
6006 LUZERN  
T +41 41 208 32 54

INFEKTILOGIE.STANNA@HIRSLANDEN.CH

NAME \_\_\_\_\_

VORNAME \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

PLZ/ORT \_\_\_\_\_

TELEFON/MOBILE \_\_\_\_\_

KRANKENKASSE \_\_\_\_\_

KRANKHEIT

AHV-NR. \_\_\_\_\_

KARTEN-NR. \_\_\_\_\_

UNFALL

UNFALLDATUM \_\_\_\_\_

VERS.-/UNFALL-NR. \_\_\_\_\_

NOTFALL

PATIENT/IN AUFBIETEN

PATIENT/IN HAT TERMIN AM: \_\_\_\_\_

FRAGESTELLUNG

KLINISCHE ANGABEN (muss nicht zwingend ausgefüllt werden, sofern ein kurzer Bericht mitgeschickt wird)

BEFUNDKOPIE AN (PER MAIL)

DATUM \_\_\_\_\_ KONTAKT PRAXIS \_\_\_\_\_

**SENDEN**