

DER DIREKTE DRAHT ZUR HIRSLANDEN KLINIK BIRSHOF

HIRSLANDEN KLINIK BIRSHOF
REINACHERSTRASSE 28
CH-4142 MÜNCHENSTEIN

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

ZUWEISUNG AN ARZT ODER ZENTRUM

ZUWEISUNG AN ARZT (falls bekannt)

- FUSS- + SPRUNGGELENKSCHIRURGIE RHEUMATOLOGIE HNO-ZENTRUM
- HANDZENTRUM SCHULTERZENTRUM KIEFERCHIRURGIE
- HÜFTZENTRUM SPORTMEDIZIN PLASTISCHE CHIRURGIE
- KNIEZENTRUM WIRBELSÄULENZENTRUM

ICH BITTE UM FACHÄRZTLICHE ABKLÄRUNG VON

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht w m

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon P/G/Handy _____

Versicherung P HP Allg. Krankheit Unfall

Name, Ort zuweisender Arzt _____

Problemstellung _____

Anamnese und Befund _____

Diagnose _____

Nebendiagnose _____

Röntgenbefunde/Zusatzuntersuchungen siehe Beilage in Verarbeitung bei

Bisherige Therapien/Medikamente _____

Unterlagen folgen per Fax Post E-Mail Patient keine

Fax/E-Mail für Termininfo an zuweisenden Arzt

Ort/Datum Praxisstempel und Unterschrift

Untenstehende Terminangaben werden durch die Hirslanden Klinik Birshof ausgefüllt und retourniert

Voraussichtlicher Termin /bei Arzt

..... /