

**ZUWEISUNG**

HIRSLANDEN KLINIK BIRSHOF  
REINACHERSTRASSE 28  
CH-4142 MÜNCHENSTEIN

T +41 61 335 22 22  
F +41 61 335 22 05  
birshof.zuweisung@hirslanden.ch  
Onlineformular: www.hirslanden.ch/birshof-zuweisung

**ZUWEISUNG AN ARZT**

ZUWEISUNG AN ARZT (falls bekannt) .....

**ZUWEISUNG AN ZENTRUM**

- HANDZENTRUM
- HÜFTZENTRUM
- KNIEZENTRUM
- RHEUMATOLOGIE
- SCHULTERZENTRUM
- SPORTMEDIZIN
- WIRBELSÄULENZENTRUM

**ZUWEISUNG AN WEITERE DISZIPLINE**

- FUSS- UND SPRUNGGELENKSCHIRURGIE
- HNO
- KIEFERCHIRURGIE
- PLASTISCHE CHIRURGIE

**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

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  
..... / .....