

**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 ZENTREN UND DISZIPLINEN**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ELLENBOGENZENTRUM                | <input type="checkbox"/> RHEUMATOLOGIE       |
| <input type="checkbox"/> FUSS- UND SPRUNGGELENKSCHIRURGIE | <input type="checkbox"/> SCHULTERZENTRUM     |
| <input type="checkbox"/> HANDZENTRUM                      | <input type="checkbox"/> SPORTMEDIZIN        |
| <input type="checkbox"/> HÜFTZENTRUM                      | <input type="checkbox"/> VENENZENTRUM        |
| <input type="checkbox"/> KIEFERCHIRURGIE                  | <input type="checkbox"/> VISZERALCHIRURGIE   |
| <input type="checkbox"/> KNIEZENTRUM                      | <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

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  
..... / .....