



ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen und Berichte dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name	_____
Vorname	_____ <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Strasse, Nr.	Gesetzlicher Vertreter _____
PLZ, Ort	Tel. Privat/Mobile _____
Geb. Dat.	Tel. Geschäft _____

Patient aufbieten

Patient hat Termin am: _____ Zeit: _____ Uhr

Kostenträger Krankheit Unfall

Krankenkasse: _____ Vers.- / AHV-Nr.: _____

Unfallversicherung: _____ Unfall-Nr.: _____ Unfalldatum: _____

Gewünschte Untersuchung - Therapie

Rheumatologische Abkl. Interventionelle Schmerztherapie Akupunktur-TCM (Grundversicherung)

Sonographie Manuelle Medizin PRP/ Hyaluronsäure

Region: _____

Diagnose mit Klinischen Angaben und Fragestellung:

Erforderliche Angaben

Allergien: _____ Schwangerschaft bekannt

Blutverdünnung/Medikament: _____ _____

<p>Befund</p> <p><input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fax / Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Post</p> <p><input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden</p> <p><input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____</p>	<p>Datum:</p> <p>Zuweisender Arzt</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Firmenname oder Stempel / Unterschrift</p>
---	--

Bitte nur Vorderseite faxen: +41 44 313 94 83
Oder per mail an: praxis-sternen@hin.ch