

Zuweisformular bitte faxen an +41 55 536 0607
oder per E-Mail an info@ortho-base.ch



ZUWEISERFORMULAR

Patient

Vorname

Nachname

Geschlecht m/w

Telefon

E-Mail

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Versicherungsstatus (allg./HP/P)

Versicherung

Versicherungsnummer

Zuweisender Arzt

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Betrifft (zutreffende Bereiche ankreuzen):

Schulter & Ellenbogen

Knie

Wirbelsäule

Hüfte

Fuss & Sprunggelenk

Grund für die Zuweisung, Diagnose / Verdachtsdiagnose, Dauer der Beschwerden, aktuelle Therapie:

Vorhandene Bildgebung bitte als CD/Datenstick schicken oder dem Patienten mitgeben.

Vielen Dank für Ihre Zuweisung