



Anmeldung Rheumatologie

Name	Telefon	
Vorname	Telefon	
Strasse, Nr	E-Mail	
PLZ, Ort	Geburtsdatum	Geschlecht

Hausarzt

Stationär oder Sprechstunde

Angaben zum Patient

<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Unfall
<input type="checkbox"/> 2er P	<input type="checkbox"/> Krankheit
<input type="checkbox"/> 1er P	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
<input type="checkbox"/> Unklar	

Eintritt stationär

Innert 2 - 3 Tagen
 Innert 7 Tagen
 Gewünschtes Datum

Termin Sprechstunde

Dringend
 Regulär

Diagnosen

Medikamente

Weitere Informationen

Zuweisender Arzt

Tel.	Fax
GLN	ZSR
Datum	

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.