

## Zuweisung

### Patientendaten

Geschlecht 

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Strasse / Hausnummer:

PLZ:

Ort:

Telefon

Versicherungsstatus

Allgemein Halbprivat Privat 

### Zuweiserdaten

E-Mail:

Telefon:

GLN:

### Diagnose / Verdachtsdiagnose

### Bemerkungen

#### Elektronische Übermittlung

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