

## Patient:in

Name   
Vorname   
Strasse   
PLZ / Ort    
Geb.datum  Geschlecht   
AHV-Nr.   
Telefon    
Mail

## Empfänger

GLN  ZSR   
Mail

## Kostenträger

Adresse   
  
GLN

## Gesetz/Fall

Beh. grund   
Gesetz   
Vers.-Nr.   
Fall.-Nr./-Dat.

## Untersuchungstermin

dringend  Patient:in meldet sich  Termin vereinbaren ab   
 Termin vereinbart am  ::

## Gewünschte Untersuchung

- Sonographiegesteuerte Infiltration  Osteoporoseabklärung  Anderes (bitte angeben)  
 Wirbelsäuleninfiltration  Konsilium / Beratung  
 Sonographie am Bewegungsapparat

## Anamnese / Indikation / Fragestellung

Bei Platzproblemen können Sie das Zusatzfeld auf der Folgeseite verwenden

## Zuweiser:in

Zuweiser:in = Hausärzt:in

Mail   
GLN  ZSR   
Tel.

## Hausärzt:in

Bitte Befundkopie an Hausärzt:in

Mail   
GLN  ZSR   
Tel.

Datum

## Elektronische Übermittlung

**Bemerkungen**

Empty text area for notes.