Sekretariat Medizin

Telefon 041 666 40 56
medizin@ksow.ch

|  |
| --- |
| **Personalien** |
| **Name:**       | **Vorname:**       |
| **Geburtsdatum:**       | **Tel. Privat/Geschäft:**       |
| **Strasse:**       | **PLZ/Ort:**       |
| **Krankenkasse:**       | **Policen-Nr.:**       |
| **Anamnese/Befund:**       |
| **Diagnose(n):**       |
| **Medikamente:**       |
| **Problem-/Fragestellung:**       |
| * **Röntgenbilder Thorax vorhanden, bitte zusenden.**
 |
| **Datum:**       | **Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes:**       |