

Zuweisungsformular für die handchirurgische Sprechstunde

handclinic

Handclinic AG Rüti

Dr. med. A. Frank
Dr. med. Y. Gugger
Dr. med. Ch. Kurz
FMH Handchirurgie, Chirurgie, Orthopädie

T: 055.251.23.23
F: 055.251.23.25
eMail: handclinic@hin.ch

Zuweisung von:	Stempel:
Ort/Datum:	
Patientendaten:	Name/Vorname: Str./Nr.: Plz/Ort: Tel.Nr.: Geb.Datum: Kostenträger:
Verdachtsdiagnose:	
Fragestellung:	
Bemerkung:	
Betrifft:	(bitte ankreuzen) <input type="radio"/> Unfall (Unfalldatum: _____), <input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> rechts, <input type="radio"/> links <input type="radio"/> Handgelenk, <input type="radio"/> Ellbogen, <input type="radio"/> Fingergelenk, <input type="radio"/> andere: _____
Überweisungsart:	(bitte ankreuzen) Ich überweise oben genannte(n) Patientin/en zur: <input type="radio"/> ambulanten Untersuchung / Behandlung <input type="radio"/> notfallmässigen Untersuchung / Behandlung <input type="radio"/> bitte aufbieten
Wünsche	
Beilage	(bitte ankreuzen) <input type="radio"/> MRI, CT <input type="radio"/> neurologische Untersuchung <input type="radio"/> Röntgen <input type="radio"/> Berichte <input type="radio"/> andere: _____