

Zuweisung an Arzt

Zuweisung an Arzt (falls bekannt)

Zuweisung Disziplinen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angiologie | <input type="checkbox"/> Memory Clinic |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Nephrologie |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> Orthopädie Hand |
| <input type="checkbox"/> Gefässchirurgie | <input type="checkbox"/> Orthopädie Hüfte/Knie/Fuss |
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Orthopädie Schulter |
| <input type="checkbox"/> Hausarztmedizin | <input type="checkbox"/> Orthopädie Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Hebammen | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Wundsprechstunde |
| <input type="checkbox"/> Kardiologie | |

Zuweisung Therapien

- Diabetesberatung
- Ergotherapie
- Ernährungsberatung
- Logotherapie
- Physiotherapie
- Stomaberatung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht W M

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon P/G/Handy:

Name, Ort zuweisender Arzt:

Problemstellung:

Nebendiagnose:

Röntgenbefunde/Zusatzuntersuchungen siehe Beilage in Verarbeitung bei:

Bisherige Therapien/Medikamente:

Unterlagen folgen per: Fax Post E-Mail Patient Keine

Fax/E-Mail für Termininfo an zuweisenden Arzt:

Ort/Datum:

Praxisstempel und Unterschrift:

Untenstehende Terminangaben werden durch das Gesundheitszentrum Laufen ausgefüllt und retourniert

Voraussichtlicher Termin/bei Arzt

/