

MÜHLEMATTPRAXIS

OBERWIL

Dr. A. F. Meier

Chirurgie FMH

Tel. 061 421 12 66

Fax 061 421 13 26

EAN: 7601000275141

PATIENTENÜBERWEISUNG

Termin bereits abgemacht auf

Bitte aufbieten unter Tel. Nr. (ev. Natel-Nr.)

Pat. meldet sich selbst an

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: m w
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Tel. P:	Tel. G: (bzw. tagsüber erreichbar)

Bitte Krankenkassenausweis und Voraufnahmen zur Untersuchung mitbringen!

Dringlichkeit

Untersuchung / Operation notfallmässig. **(Bitte immer auch telefonisch anmelden!)**
Untersuchung / Operation innerhalb von 2 Tagen.
Untersuchung / Operation innerhalb von 1 Woche.
Untersuchung / Operation innerhalb von 2 – 3 Wochen.

Anamnese, klinische Angaben und Fragestellung

Kostenträger: Krankenkasse UVG / IV-Versicherer Selbstzahler

Name KK/UVG/IV-Stelle:

Datum:	Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes
	(bei E-Mail Versand bitte Namen und ggf. Adresse angeben)

