

# Anmeldung

- |  |                      |                 |
|--|----------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerztherapie | Dr. med. Ch. Weiss   | T 052 213 13 31 |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologie   | Dr. med. Marc Sager  | T 052 212 50 10 |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologie   | Dr. med. J. Mach     | T 052 213 77 88 |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie  | Dr. med. M. Bothmann | T 052 212 50 10 |



**RHEUMAPRAXIS DELFIN**  
RHEUMATOLOGIE  
ORTHOPÄDIE  
NEUROCHIRURGIE  
INTERVENTIONELLE SCHMERZTHERAPIE

## Patient/in

Vorname	Name	Geburtsdatum
Adresse		
PLZ / Ort		
Tel. P	Tel. G	
Mobile	E-Mail	

## Art der Behandlung

- Krankheit       Unfall

Kranken-/Unfallversicherung

Versicherten-/Unfall-Nr.

Weitere behandelnde Ärzte

## Diagnose

Relevante Nebendiagnosen

Spezielle Medikation

Allergien

## Befunde / Röntgenbilder / Labor

- in der Anlage       bringt Patient/in mit

## Hiermit bitte ich um

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Übernahme zu Beurteilung und weiterführende Diagnostik und Therapie<br><input type="checkbox"/> inkl. allfällig notwendigem Zuzug weiterer medizinischer Disziplinen | <input type="checkbox"/> Gezielte Durchführung folgender Massnahme:<br><input type="checkbox"/> Intervention<br><input type="checkbox"/> diagnostisch<br><input type="checkbox"/> therapeutisch, nämlich |
| <input type="checkbox"/> Konsilium  | <input type="checkbox"/> vor divergierenden u/o weiteren eskalierenden Massnahmen bitte ich um Rücksprache   |
| <input type="checkbox"/> second opinion   |  |
| <input type="checkbox"/> baldmöglichst  | <input type="checkbox"/> dringlich   |
| <input type="checkbox"/> Patient/in meldet sich   | <input type="checkbox"/> Patient/in bitte aufbieten  |

Patient/in hat Termin am

Datum

Stempel / Unterschrift des Zuweisers