

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
<input type="checkbox"/> inkl. allfällig notwendigem Zuzug weiterer medizinischer Disziplinen | <input type="checkbox"/> Gezielte Durchführung folgender Massnahme:
<input type="checkbox"/> Intervention
<input type="checkbox"/> diagnostisch
<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