



KLINIK SEESCHAU

AM BODENSEE

ANMELDEFORMULAR FÜR ZUWEISER

Stammdaten

Name*	Geburtsdatum*
Vorname*	Telefon
Adresse*	Mobil
PLZ*	Krankenkasse
Ort*	Unfallversicherung
Geschlecht M W	Zuweisung an:

Diagnosen (inkl. Nebendiagnosen)

Jetziges Leiden

Medikamente

Laborwerte	Beilage als Kopie	Bitte manuell im Mail anfügen
------------	-------------------	-------------------------------

Andere Befunde von Speziallabor / EKG / Röntgen	Beilage als Kopie	Bitte manuell im Mail anfügen
---	-------------------	-------------------------------

*Pflichtfelder

Datum	Zuweisender Arzt/Ort*
-------	-----------------------



Member of
**THE SWISS
LEADING
HOSPITALS**
Best in class.



Bei Klick auf den Button wird ihr Emailprogramm
öffnet. Diese dauert ein paar Sekunden.
Ihre Email kann nun bearbeitet und allfällige
Dokumente noch hinzugefügt werden.

Klinik Seeschau AG

Bernrainstrasse 17, CH-8280 Kreuzlingen, T +41 (0)71 677 53 53
info@klinik-seeschau.ch, www.klinik-seeschau.ch