



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

Andere Befunde von Speziallabor / EKG / Röntgen Beilage als Kopie

Datum Zuweisender Arzt



Mit Klick auf den Button wird ihr Emailprogramm geöffnet. Diese dauert ein paar Sekunden. Die 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, F +41 (0)71 672 55 15
info@klinik-seeschau.ch, www.klinik-seeschau.ch