

Basel

Tel. 061 315 23 20
Fax 061 568 47 27
michel.kocher@hin.ch

Bern

Tel. 031 302 54 04
Fax 031 560 48 60
michel.kocher@hin.ch

Anmeldeformular zur chirurgischen Beurteilung

Dringlichkeit : sehr bald elektiv Wunsch Patient

Patient :

Name /Vorname :
Adresse :

Geb. Datum:
Tel. Nr. :

Versicherung :

Versicherungs-Nr. :

Klinische Angaben / Fragestellung

Medikamente

- Termin vereinbart auf
- Bitte aufbieten
- Beilagen :

Stempel/ Unterschrift des zuweisenden Arztes

Kopien an :

Datum

- Weitere Anmeldeformulare gewünscht