

Überweisungsformular

Fax 044 806 20 01
Mail decamed@hin.ch

- Bitte Patient aufbieten
- Termin bereits vereinbart am: um: Uhr

Patientendaten

Name: Strasse:
Vorname: PLZ / Ort:
Geburtsdatum: Tel. mobile:
Mail: Tel. privat:
Tel. Geschäft: HMO/Medix: Ja Nein
(wichtig für allfällige Terminverschiebung)

Konsultationsgrund:

Wichtige Informationen (Medikamente, Krankheiten, Allergien etc.):

Bitte um Bericht: per Fax per gesicherter Mail: per Post

Datum: Zuweiser: Praxisadresse: