

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:

Unterschrift:

Praxisstempel:
