



PATIENTEN/IN ANGABEN

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Geschlecht	w	m	d
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon	E-Mail					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Strasse / Nr.			PLZ / Ort			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Land	Nationalität					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Patient/-in ist HMO-versichert	ja	nein				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Grund der Zuweisung	Krankheit	Unfall	IV			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Krankenkasse	Nummer					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Unfallversicherung	Allgemein	Halbprivat	Privat			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

HAUPTDIAGNOSE UND RELEVANTE NEBENDIAGNOSEN

WICHTIGE BEFUNDE (BILDGEBUNGEN, LABORUNTERSUCHUNGEN, VORBEHANDLUNGEN)

TERMIN

Regulärer Termin
innert 30 Tage

Dringlich
innerhalb von 10 Tagen

Notfall
Bitte telefonisch Rücksprache halten

PRAXISADRESSE

Praxis

Telefon

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Ort

Datum