

Anmeldung Neuro-Urologie

Die mit einem * gekennzeichneten Felder müssen ausgefüllt werden

Angaben zum Patienten/zur Patientin

Name* _____ Vorname* _____

Strasse* _____ PLZ, Ort* _____

Telefon P. / Mobile* _____

E-Mail _____ Geburtsdatum* _____ w m

Krankenkasse/Unfallversicherung* _____

Allg. Wohnkanton Allg. Schweiz HP P Mitglied-Nr. _____

Diagnose _____

Besondere Angaben oder Ergänzungen _____

Fragestellung _____

Röntgen-Bilder werden am Balgrist gemacht bringt Patient mit werden geschickt¹

¹ Sie können Bilder und Dokumente auch digital über MedicalShare (www.medicalshare.ch für Praxen) oder Medical Connector (für Spitäler) an uns übermitteln.

Angaben des zuweisenden Arztes/der zuweisenden Ärztin

Name* _____ PLZ, Ort* _____

Tel. / Fax _____

