

## Anmeldeformular

### Patientin / Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  m  w  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel. Privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Versicherungsstatus  Allgemein  Halbprivat  Privat

### Gewünschte Untersuchung

**Dringlichkeit** (Termin innerhalb der nächsten 3-5 Tage)  ja  nein

### Klinische Angaben/spezielle Fragestellung

---

---

---

### Bericht

Kreatinin \_\_\_\_\_ Quick \_\_\_\_\_ Euthyreot  ja  nein  
Körpergewicht \_\_\_\_\_ Thrombo \_\_\_\_\_ Schwangerschaft  ja  nein  
Körpergrösse \_\_\_\_\_ Hämoglobin \_\_\_\_\_ Diabetes  ja  nein

### Zuweiser

Praxis \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Zuweiser \_\_\_\_\_