

Zuweisung Handchirurgie

Patientenname:		Vorname:		Geburtsdatum:
Adresse:		PLZ/Ort:		Telefon:
Frühere Behandlungen im Spital Uster:		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Jahr:		
Eintrittsgrund:	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> andere:	
Versicherungsklasse:	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Allgemein	
Diagnosen:				
Anamnese/Befund:				
Klinische Befunde (Röntgen):				
Frühere Untersuchung:				
Fragestellung / gewünschte Untersuchung / Therapievorschlag:				
Bemerkungen:				

Datum:
Unterschrift:

Zuweisender Arzt

Telefon:

Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)