Sekretariat Medizin

Telefon 041 666 40 56  
[medizin@ksow.ch](mailto:medizin@ksow.ch)

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien** | |
| **Name:** | **Vorname:** |
| **Geburtsdatum:** | **Tel. Privat/Geschäft:** |
| **Strasse:** | **PLZ/Ort:** |
| **Krankenkasse:** | **Policen-Nr.:** |
| **Anamnese/Befund:** | |
| **Diagnose(n):** | |
| **Medikamente:** | |
| **Problem-/Fragestellung:** | |
| * **Röntgenbilder Thorax vorhanden, bitte zusenden.** | |
| **Datum:** | **Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes:** |