

ANMELDUNG ZUR SPRECHSTUNDE

KLINIK ST. ANNA

ST. ANNA-STRASSE 32
6006 LUZERN
T +41 41 208 32 54
F +41 41 208 32 53
INFEKTIOLOGIE.STANNA@HIRSLANDEN.CH

NAME _____

VORNAME _____

STRASSE _____

GEBURTSDATUM _____

PLZ/ORT _____

TELEFON/MOBILE _____

KRANKENKASSE _____

KRANKHEIT

AHV/NR. _____

KARTEN-NR. _____

UNFALL

UNFALLDATUM _____

VERS./UNFALL-NR. _____

NOTFALL

PATIENT/IN AUFBIETEN

PATIENT/IN HAT TERMIN AM: _____

FRAGESTELLUNG

KLINISCHE ANGABEN (muss nicht zwingend ausgefüllt werden, sofern ein kurzer Bericht mitgeschickt wird)

BEFUNDKOPIE AN

BEFUND ERWÜNSCHT VIA

E-MAIL

TELEFON

FAX

DATUM _____

Kontakt Praxis _____

SENDEN