



---

## ZUWEISUNG ZUR VISZERALCHIRURGISCHEN BEURTEILUNG UND BEHANDLUNG

Termin vereinbart auf:

---

Bitte zur Konsultation anbieten:

---

Name / Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Strasse / Nr.:

---

PLZ / Ort:

---

Telefon privat:

---

Telefon geschäftlich:

---

Mobile Nummer:

---

E-Mail-Adresse:

---

Versicherungsstatus für stationäre Behandlung:  allgemein  halbprivat  privat

Krankenkasse / Mitglied-Nummer:

---

Diagnose:

Bisherige Befunde / Therapie:

Fragestellung / gewünschter Eingriff:

Beilagen:  Ja  Nein

Zuweiser (Unterschrift /Stempel):

Senden an:  
Fax: 044 209 20 91  
Mail: info@chirurgie-bellaria.ch  
Postadresse

---