

Anmeldung Gefässzentrum

Personalien

Name	Vorname
Geburtsdatum	E-Mail
Adresse	PLZ, Ort
Telefon	Mobile
Name Versicherung	Policen-Nummer
Name Zusatzversicherung	Policen-Nummer

Dringlichkeit

Notfall 1-2 Wochen 1-3 Monate Andere:

DIAGNOSE / INDIKATION / FRAGESTELLUNG

Diagnose

ZUWEISENDER ARZT / ZUWEISENDES SPITAL:

Zuweisung durch Patient (Achtung: nur bei freier Arztwahl möglich!)

Zuweisung durch Arzt (bitte unten aufgeführte Kontaktdaten ergänzen)

Name/Adresse

Telefon /E-Mail

Wichtig:

Wir benötigen die **aktuelle Medikamentenliste** des Patienten/der Patientin, weshalb wir Sie bitten, diese dem Patienten/der Patientin mitzugeben oder uns mit dem Anmeldeformular per E-Mail zuzustellen.

Datum

Visum Arzt /Stempel