

**Orthopädie**  
Tel: 044 934 60 70

**Handchirurgie**  
Tel: 044 934 60 70

**Rheumatologie**  
Tel: 044 934 60 80  
Fax: 044 934 60 87

**Innere Medizin**  
Tel: 044 934 60 90  
Fax: 044 934 60 95

**Osteopathie**  
Tel: 044 934 60 77

**Physiotherapie**  
Tel: 044 934 60 88

**Ergotherapie**  
Tel: 044 557 54 68  
Fax: 044 557 55 24

**Chirurgie**  
Tel: 044 930 15 34  
Fax: 044 930 15 35

**Patient Anmelden bei:**

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orthopädie    | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Handchirurgie | <input type="checkbox"/> Osteopathie    | <input type="checkbox"/> Chirurgie    |
| <input type="checkbox"/> Rheumatologie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie |                                       |

Behandelnder Arzt:  Nächst möglicher Termin, egal wer  Name des Arztes

Zuweisender Arzt

**Patientendaten**

Name		Vorname	
Geschlecht	Geburtsdatum	Nationalität	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich			
Strasse, Nr.	PLZ	Ort	
Telefon	Mobile		
E-Mail			

Versicherungsstatus:  Allgemein  
 Halbprivat  
 Privat

Gewünschte Untersuchung

Zuweisungsgrund

Datum:  Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes