

## Anmeldung Orthopädie *Hand*

Die mit einem \* gekennzeichneten Felder müssen ausgefüllt werden

### Angaben zum Patienten/zur Patientin

Name\* \_\_\_\_\_

Vorname\* \_\_\_\_\_

Strasse\* \_\_\_\_\_

PLZ, Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon P. / Mobile\* \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_  w  m

Krankenkasse \_\_\_\_\_ oder Unfallversicherung \_\_\_\_\_

Allg.     HP     P

Mitglied-Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Besondere Angaben oder Ergänzungen \_\_\_\_\_

Fragestellung \_\_\_\_\_

Röntgen-Bilder     werden am Balgrist gemacht     bringt Patient mit     werden geschickt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sie können Bilder und Dokumente auch digital über MedicalShare ([www.medicalshare.ch](http://www.medicalshare.ch) für Praxen) oder Medical Connector (für Spitäler) an uns übermitteln.

### Angaben des zuweisenden Arztes/der zuweisenden Ärztin

Name\* \_\_\_\_\_

PLZ, Ort\* \_\_\_\_\_

Tel. / Fax \_\_\_\_\_