

## Anmeldung Privatsprechstunde Dr. Mühlemann Chiropraktische Medizin

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. Wohnkanton  Allg. Schweiz  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 \_\_\_\_\_

