



## Anmeldeformular Spezielle Handchirurgie Sprechstunde Spital Wattwil

<b>Telefon:</b>	071 987 31 52	<b>Mail</b>	<a href="mailto:spez-handchirurgie.wattwil@srft.ch">spez-handchirurgie.wattwil@srft.ch</a>
-----------------	---------------	-------------	--

<b>Patient/in:</b>				
Name:		Vorname:		
Geburtsdatum:				
Strasse, Nr:		PLZ, Ort:		
Telefon / Natel:		Telefon G:		
Garant:		<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat	<input type="checkbox"/> privat
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	Unfalldatum:	Arbeitgeber:	

Spezieller Arztwunsch:	
<b>Dringlichkeit:</b>	<b>Diverses:</b>
<input type="checkbox"/> < 48h	<input type="checkbox"/> Termin vereinbart auf:
<input type="checkbox"/> Innert 3-5 Tage	<input type="checkbox"/> Aufgebot durch Spital
<input type="checkbox"/> Innert Wochenfrist	<input type="checkbox"/> Dolmetscher notwendig
	<input type="checkbox"/> aktuelles Röntgen vorhanden
	<input type="checkbox"/> aktuelles MRT vorhanden

**Indikation / Fragestellung:**

**Anamnese / Befunde:**

**Weitere Diagnosen:**

**Medikamente:**

**Allergien:**

**Bemerkungen:**

**Datum:**

**Zuweisender Arzt:**

**Hausarzt:**

(Stempel und Unterschrift)

Wir bitten Sie um die Zustellung von relevanten Befunden und Berichten