



Anmeldeformular Varizen-Sprechstunde Spital Wattwil

Telefon:	071 987 31 52	Mail	varizen.wattwil@srft.ch
-----------------	---------------	-------------	--

Patient/in:	
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	

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

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