Anmeldeformular Varizen-Sprechstunde Spital Wil

Telefon:	071 914 63 00	**Mail**	varizen.wil@srft.ch

Patient/in:	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Strasse, Nr:	PLZ, Ort:
Telefon / Natel:	Telefon G:
Garant:	☐ allgemein ☐ halbprivat ☐ privat
☐ Krankheit	

Spezieller Arztwunsch:	
Dringlichkeit: ☐ < 48h ☐ Innert 3-5 Tage ☐ Innert Wochenfrist	**Diverses:** ☐ Termin vereinbart auf: ☐ Aufgebot durch Spital ☐ 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

Anmeldung SRFT