

Patienten Anmeldung

| | |
|---|----------------------|
| | Datum |
| Name | Vorname |
| Strasse | PLZ/Ort |
| Tel. Geschäft | Tel. Privat |
| <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> innert 2-4 Tagen <input type="checkbox"/> innert 1-2 Wochen <input type="checkbox"/> bitte Patient direkt aufbieten <input type="checkbox"/> bereits telefonisch vereinbart auf | Geburtsdatum |
| | |
| <input type="checkbox"/> ORL-Konsilium allgemein <input type="checkbox"/> Abklärung Hals/Schluckprobleme <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> Gehörprobleme/Hörgerät <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> Schwindelabklärung <input type="checkbox"/> Schlafmedizin <input type="checkbox"/> Schnarchabklärung <input type="checkbox"/> Ultraschall Hals/Speicheldrüsen <input type="checkbox"/> Allergieabklärung | aktuelle Beschwerden |
| | Fragestellung |
| | Begleiterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Anderes | Medikamente |
| Thema | Allergien |
| Bitte Bericht via: <input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> E-Mail (nur mit HIN Adresse möglich) | |

Zuweiser

| | |
|---------|---------------|
| Arzt | Praxis/Klinik |
| Strasse | PLZ/Ort |
| Telefon | E-Mail |