

Anmeldung zur chirurgischen Sprechstunde

Senden an: F +41 55 418 53 78

Patient/in

Name/Vorname _____
Strasse/Nummer _____
PLZ/Wohnort _____
Geburtsdatum _____
Krankenkasse _____
Telefon _____

Abklärungsdatum _____

Notfallmässig

Abklärungsdatum _____

Elektiv

Prof. Dr. med. L. Krähenbühl

Dr. med. J. Gresser

Dr. med. J. Baumgartner

Dr. med. C. Sadowski

Bitte Patient/in direkt aufbieten

Chirurgische Abklärungen

Chirurgische Beurteilung und Behandlungsvorschlag/-einleitung

OP-Besprechung/Planung

Verlaufskontrolle

Wundbeurteilung und Behandlung (Wundsprechstunde)

Quick und Thrombozyten

Quick _____ INR _____ Tc _____ Datum _____

Indikation/Fragestellung

Medikamente

Zuweisender Arzt

Ort/Datum

Bericht an zuweisenden Arzt

Schriftlich Telefonisch Kein Bericht notwendig