|  |
| --- |
|[ ]  Rheumatologische Sprechstunde |
|[ ]  Muskuloskelettaler Ultraschall |
|[ ]  Gezielte Schmerzintervention |

**Zuweisung**

Name: ………………………………………………………………………….. Geschlecht: [ ] m [ ] w

Vorname: …………………………………………………………………… Krankenkasse: …………………………………………

Geburtsdatum: ………. Vers.-Nr.: ……………………………………………..

Geschlecht: [ ] m [ ] w **Patient ist HMO-versichert** [ ]

Strasse: …………………………………………………………………………

PLZ/Ort: ………………………………………………………………………..

Gewünschter Termin: [ ]  2-4 Wochen [ ]  später dringende Fälle nur nach Tel. Rücksprache

|  |
| --- |
| **Fragestellung**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Diagnosen / Nebendiagnosen**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Aktuelle Medikation**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Relevante Voruntersuchungen** (MRI, CT, Röntgen, Laborbefunde etc., bitte in Kopie beilegen oder Angabe des jeweiligen Instituts)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und alle Beilagen entweder postalisch oder via E-Mail

Ort, Datum: Stempel/Unterschrift Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.