

Anmeldeformular

Patienten Informationen

Geschlecht: männlich weiblich

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Versicherungsklasse: P HP A

Versicherung: _____

Fallrelevante Informationen

Blutverdünner: nein ja
wenn ja, welche? _____

Niereninsuffizient: nein ja
wenn ja, eGFR? _____

Allergien: nein ja
wenn ja, welche? _____

Hyperthyreose: nein ja

Diagnosen

Gewünschte Intervention oder Sprechstunde

Laborwerte

INR: _____
Thrombozyten: _____

Zuweisender Arzt

Vorname, Name: _____ E-Mail: _____

Telefon / Mobile: _____ Standort Praxis: _____

Patient aufbieten ab: _____ sofort