

Zuweisungsformular an Prof. Dr. med. A. Mendelowitsch

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Neurozentrum Aarau  Hirslanden Medical Center  Rain 34  5000 Aarau | Hirslanden Klinik Birshof  Reinacherstrasse 28,  4142 Münchenstein |  |
| Tel.: 062 836 73 22 | Tel.: 061 335 24 66 |  |
| Fax: 062 836 73 21 | Fax: 061 335 22 05 |  |
| neurozentrumaarau@hin.ch | neurochirurg.birshof@hin.ch |  |

Angaben zum Patient

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse / Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon P / G / N | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Problemstellung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Diagnose | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bildgebung | MRI | CT | keine |

Zuweisender Arzt

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Strasse / Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mail | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unterlagen folgen per | Fax | Post | E-Mail | Patient | Keine |

Ort / Datum Praxisstempel & Unterschrift