

Zuweisungsformular an Prof. Dr. med. A. Mendelowitsch

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Neurozentrum AarauHirslanden Medical CenterRain 345000 Aarau | Hirslanden Klinik BirshofReinacherstrasse 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