

ZUWEISUNG zur ambulanten Behandlung/Untersuchung

Epilepsie

Polikliniksekretariat: Tel. 032 338 44 50* / Fax 032 338 40 10*
poliklinik@rehaklinik-tschugg.ch

Name/Vorname
Adresse
PLZ/Ort
E-Mail

AHV-Nr.
Geb.-Datum
Tel.

Sprache D F I

andere

Krankenkasse/Versicherung

Krankheit

Unfall

Hauptdiagnose

Wichtige
Nebendiagnosen

Fragestellung

Bemerkungen

Zuweisender Arzt

Name/Vorname
Adresse
Tel.
E-Mail

Institution
PLZ/Ort
Fax

Kontaktperson (falls nicht zuweisender Arzt)

Name/Vorname

Tel.