

Senden an:

info@gesundegefaesse.ch

Anmeldeformular Pat meldet sich Pat anbietet Pat hat Termin

Personalien

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse, PLZ/Ort

Telefonisch erreichbar unter

per email erreichbar unter

Kostenträger Krankenkasse Unfallversicherung Selbstzahler

Diagnose/ gewünschte Untersuchung/ Fragestellung

.....
.....
.....

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Varikose / chron. ven. Insuff. | <input type="checkbox"/> Konsilium / Beratung |
| <input type="checkbox"/> Chronische Wunde | <input type="checkbox"/> Untersuchung / Behandlung |
| <input type="checkbox"/> PAVK | <input type="checkbox"/> Zweitmeinung (Vorberichte anbei) |
| <input type="checkbox"/> Exzision | |
| <input type="checkbox"/> Vasektomie | |
| <input type="checkbox"/> Andere | |
-

Wünsche Bericht per

- Email
- Postversand
- Telefon

Spezielle Wünsche

- Untersuchung durch eine Frau bevorzugt
 - andere
-

Beilage(n)

.....
.....
.....
.....

Praxisstempel/Absender