

Patienten Anmeldung

		Datum
Name		Vorname
Strasse		PLZ/Ort
Tel. Geschäft		Tel. Privat
<input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> innert 2-4 Tagen <input type="checkbox"/> innert 1-2 Wochen <input type="checkbox"/> bitte Patient direkt aufbieten <input type="checkbox"/> bereits telefonisch vereinbart auf	Datum	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> ORL-Konsilium allgemein <input type="checkbox"/> Abklärung Hals/Schluckprobleme <input type="checkbox"/> behinderte Nasenatmung <input type="checkbox"/> Gehörprobleme/Hörgerät <input type="checkbox"/> Tinnitus <input type="checkbox"/> Schwindelabklärung <input type="checkbox"/> Schlafmedizin <input type="checkbox"/> Schnarchabklärung <input type="checkbox"/> Ultraschall Hals/Speicheldrüsen <input type="checkbox"/> Allergieabklärung		aktuelle Beschwerden
<input type="checkbox"/> Anderes	Thema	Fragestellung
Bitte Bericht via: <input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> E-Mail (nur mit HIN Adresse möglich)		Begleiterkrankungen
		Medikamente
		Allergien

Zuweiser

Arzt		Praxis/Klinik
Strasse		PLZ/Ort
Telefon		E-Mail