

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und vermerken Sie in den dafür vorgesehenen Zeilen die entsprechenden Informationen. Das vollständig ausgefüllte Formular können Sie uns gerne per Post oder Fax zusenden.

Angaben Patient/in:

Vorname:*

Name:*

Strasse · Nr.:*

Telefonnummer:

Krankenkasse:*

* = Pflichtfelder

Angaben zuweisender Arzt:

Vorname:*

Name:*

Strasse · Nr.:*

Telefonnummer:*

E-Mail-Adresse:*

Patienteninformationen:

Gewicht:

_____ kg

Körpergrösse:

_____ cm

BMI:

Stattgefundenene Diätversuche:

_____ Monate

_____ Monate

_____ Monate

_____ Monate

Relevante Diagnosen/Komorbidiäten:

Aktuelle Medikamente:

Präparat	Dosierung	Morgen	Mittag	Abend

Wunsch des Patienten:

- Konservative Therapie Operative Therapie

In welcher Form wünschen Sie die Korrespondenz zu erhalten?

- Post E-Mail Fax (an die Fax-Nummer: _____)

Bitte um Zustellung von relevanten Laborergebnissen und von spezialärztlichen Berichten per Fax oder E-Mail.

Ich bedanke mich für die Zuweisung. Ich werde Ihre(n) Patientin/Patienten baldmöglichst aufbieten.

Praxisgemeinschaft Filzfabrik
Dr. med. Simon Boltshauser