

PATIENTEN ANMELDUNG

TERMIN

Dringend

Wunschtermin

Termin bereits vereinbart auf

PERSONALIEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

Telefon

PLZ/Ort

Mail

KLINISCHE ANGABEN

FRAGESTELLUNG

RELEVANTE NEBENDIAGNOSEN

ALLERGIEN

GEWÜNSCHTE BERICHTÜBERMITTLUNG

Fax

HIN-Mail

Brief

Kopie

ZUWEISER KONTAKTDATEN

Praxis

Arzt / Ärztin

Strasse, Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Fax

HIN-Mail

HNO PRAXIS IM ZENTRUM

Freie Strasse 20

4001 Basel

T 061 201 30 80

F 061 201 30 88

hno.mueller@hin.ch

oder Fax 061 201 30 88