

Patientenüberweisung

PD Dr. med. Domenic Gian Vital

Patientendaten

Name			Vorname
Geschlecht	weiblich	männlich	Geburtsdatum
Telefon			E-Mail
Strasse/Nr.			PLZ/Ort
Krankenkasse			Allgemein Halbprivat Privat

Zuweisende Praxis

Praxisname	Zuweisende/r Ärztin/Arzt
Telefon	E-Mail
Strasse/Nr.	PLZ/Ort

Zuweisungsgrund

Hauttumor/-krebs	Schild-/Nebenschilddrüse	HNO-Tumor/Lymphadenopathie
Speicheldrüse	Stimme/Schlucken	Zweitmeinung
Anderes		

Diagnose(n):

Medikamente:

Vorbefunde (Labor/Bilder):	Nicht vorhanden	Befund beiliegend
----------------------------	-----------------	-------------------

Terminwunsch

Normaltermin	Dringend	Notfall
--------------	----------	---------

Datum	Unterschrift/Stempel
-------	----------------------