

Anmeldeformular Neurourologie

Name:	<input type="text"/>	Sprache:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Geb.-Dat.:	<input type="text"/>	Krankenkasse:	<input type="text"/>
Geschlecht:	<input type="text"/>	Vers.-Nr.:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Hausarzt:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	(bitte senden Sie uns das Überweisungsschreiben mit)	
Land:	<input type="text"/>	Kommunikation:	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Telefon
		andere:	<input type="text"/>

Bitte beachten Sie, dass dieses Formular bei der Untersuchung zwingend vorliegen muss, ansonsten kann die Untersuchung nicht durchgeführt werden. Bitte retournieren Sie dieses Schreiben ausgefüllt und signiert mit folgenden weiteren Dokumenten:

- ▶ Blasen-Tagebuch
- ▶ Vorbefunde
- ▶ Aktuelle Medikamentenliste
- ▶ Überweisungsschreiben vom Hausarzt

Per E-Mail, Post oder Fax (arztsekretariat@rehaklinik-zihlschlacht.ch, Rehaklinik Zihlschlacht AG, Hauptstrasse 2, 8588 Zihlschlacht, Fax +41 (0)71 424 34 34)

Ort/Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>
------------	----------------------	---------------	----------------------

Termine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt oder verschoben werden.
Ansonsten müssen wir Ihnen den Termin verrechnen.