

| Zuweiserinformationen | | Patienteninformationen | |
|-----------------------|---|------------------------|--|
| Arzt/Praxis/Klinik | | Name | |
| E-Mail | | E-Mail | |
| Telefonnummer | | Telefonnummer | |
| Kommunikation per | <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefon | Geburtsdatum | |

| | |
|---|---|
| <i>Allgemeine Sprechstunde</i> | <i>Liestal</i> |
| Per E-Mail an: info.liestal@vista.ch | Per Fax an: +41 (0) 61 926 70 09 |

| | |
|--|-------------------------|
| Diagnose: | |
| | |
| | |
| | |
| Überweisungsgrund: | |
| | |
| | |
| | |
| Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien): | |
| | |
| | |
| | |
| Bemerkungen (Wunschtermin, gewünschter Arzt): | |
| | |
| | |
| | |
| Ort, Datum | Signatur/Stempel |
| | |