

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

<b>Diagnose:</b>	
<b>Überweisungsgrund:</b>	
<b>Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):</b>	
<b>Gewünschter Eingriff:</b> <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> ALK <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> LIT	<b>Seite:</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<b>Bemerkungen (Wunschtermin, gewünschter Arzt):</b>	
<b>Ort, Datum</b>	<b>Signatur/Stempel</b>