



ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR PATIENTEN FORMULAIRE DE DÉLÉGATION POUR PATIENTS

Name/ nom

Vorname/ prénom

Geburtsdatum/ date de naissance

Geschlecht / Sexe

Tel. (Festnetz oder Natel)/ tél. (fixe ou portable)

Strasse/ rue

PLZ/ CP

Ort/ lieu

Zuweiser /Médecin délégant

Diagnose / Diagnostic

Bemerkungen /Remarques

Ort und Datum/ lieu et date

Unterschrift/ signature