

Überweisungsformular

Hautarztpraxis Chur West

Empfänger

Hautarztpraxis Chur West
Comercialstrasse 19, 7000 Chur
Tel.: 081 252 10 00
E-Mail: info@mediclever.ch

Kontakt

Telefon: 081 252 10 00
E-Mail: info@mediclever.ch

Angaben des überweisenden Arztes / der Arztpraxis

Name und Vorname / Praxis

Adresse

Telefon / E-Mail

ZSR-Nr. / GLN

Angaben des Patienten / der Patientin

Name und Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon / E-Mail

Versicherungsnummer / Karte

Dermatologischer Überweisungsgrund / Diagnose / Befund

Datum: _____ Unterschrift / Stempel: _____
Bitte kurze Begründung und Verdachtsdiagnose angeben

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per sicherer E-Mail an info@mediclever.ch
oder per Post an: Hautarztpraxis Chur West, Comercialstrasse 19, 7000 Chur

Gewünschte Untersuchung / Behandlung

Bitte ankreuzen oder ergänzen: Konsilium / Termin / Kurzfristige Abklärung / Operativ