

Überweisungsformular Gerodontologie Sprechstunde

Patient/Patientin

Nachname:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon privat:
Telefon mobil:
Telefon geschäftlich:
E-Mail:
Kostenträger: Selbstzahler Sozialamt EL/IV
Versicherung:

Überweiser/Überweiserin

Nachname:
Vorname:
Praxis:
Strasse, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Digitale Röntgenbilder, Befunde und Berichte bitte an
patienten.rege@zmk.unibe.ch (HIN-verschlüsselt)

Gesetzlicher Vertreter nach Art. 378 ZGB (falls zutreffend)

Name/Vorname:	Telefon:
---------------	----------

Anamnese

Medikamente (ggf. separate Liste)

Befund

Anliegen

Hausarzt/Hausärztin

Name:
Praxis:
Adresse:
Telefon: