

# Patienten Anmeldung.

## Termin

Dringend

Wunschtermin

Termin bereits vereinbart auf

## Personalien

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Nr.

Telefon

PLZ/Ort

Mail

## Klinische Angaben

## Fragestellung

## Relevante Nebendiagnosen

## Allergien

## Gewünschte Berichtübermittlung

Fax

HIN-Mail

Brief

Kopie

## Zuweiser Kontaktdaten

Praxis

Telefon

Arzt/Ärztin

Fax

Strasse, Nr.

HIN-Mail

PLZ/Ort

**hno zürich fraumünster**

Kappelergasse 14, 8001 Zürich

T 044 215 16 66, F 044 215 16 67, info.hnozuerich@hin.ch

oder Fax 044 215 16 67