



Neuro- und Wirbelsäulenzentrum
Rigistrasse 1
6330 Cham

Tel. +41 41 554 40 00
Fax +41 41 554 40 04
nwz.sekretariat.zug@hin.ch
www.n-w-z.ch

Anmeldung für eine Sprechstundenkonsultation

Name	_____	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Vorname	_____	<input type="checkbox"/> Erstkonsultation	<input type="checkbox"/> bekannter Patient
Strasse, Nr.	_____	Tel. Privat/Mobile	_____
PLZ, Ort	_____	Tel. Geschäft	_____
Geb. Datum	_____	E-Mail	_____

Kostenträger

Krankenkasse	_____	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
Unfallversicherung	_____	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat

Patient anbieten schriftlich telefonisch E-Mail

Patient hat Termin am: _____ Zeit: _____ Uhr

Diagnose/Beschwerden:

Relevante Nebendiagnosen/Voroperationen:

Vorhandene Diagnostik/Befunde

Röntgen MRI CT Sonstige

Gewünschte Untersuchung

Konsultation/Beurteilung

Anmeldung für eine Infiltration (bei bekanntem Patient)

Zuweisender Arzt

Datum / Stempel /Unterschrift