

Anmeldeformular

Patienten Informationen

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Versicherungsklasse: ☐ P ☐ HP ☐ A

Versicherung: _____

Fallrelevante Informationen

Blutverdünner: ☐ nein ☐ ja
wenn ja, welche? _____

Niereninsuffizient: ☐ nein ☐ ja
wenn ja, eGFR? _____

Allergien: ☐ nein ☐ ja
wenn ja, welche? _____

Hyperthyreose: ☐ nein ☐ ja

Diagnosen

Gewünschte Intervention oder Sprechstunde

Laborwerte

INR _____
Thrombozyten: _____

Zuweisender Arzt

Vorname, Name: _____ E-Mail: _____

Telefon / Mobile: _____ Standort Praxis: _____

Patient aufbieten ab: _____ ☐ sofort