

Wenn der Button nicht funktioniert, Formular lokal speichern, ausfüllen und per Mail senden an chirurgie@zgks.ch

T 041 399 47 00
chirurgie@zgks.ch

Anmeldung Sprechstunde Chirurgie

Name
Strasse / Nr.
PLZ / Ort
Krankenkasse

Vorname
Geburtsdatum
Telefon privat
Mobile

Versicherung Allgemein Halprivat Privat
Kaderarzt gewünscht Dr. med. M. Zünd Dr. med. M. Appelt Dr. med. A. Künzler
 Dr. med. P. Meyer

Diagnosen / Verdachtsdiagnose

Fragestellung

Anamnese / Befunde

Bisher durchgeführte Diagnostik (falls extern, bitte mitgeben)

Rx konventionell Sonographie
 CT MRI

Dauermedikation

Besondere Bemerkungen

Datum

Zuweisender Arzt