



Dieses Formular kann auch elektronisch versendet werden

stadtspital.ch

SENDEN

Leitung Abteilung:
PD Dr. med. Christof Iking-Konert

Anmeldeformular für die rheumatologische Ambulanzen

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ und Ort	
Mobile (Tel.)	
E-Mail-Patient	

(Verdachts-)Diagnose, Anamnese, Klinik

Medikamente

Fragestellung

Zuweisung Spezialprechstunde:

Infiltration Wirbelsäule/Neurochirurgie Schulter Sonografie
 Osteoporose Vaskulitis Kollagenose

Bevorzugter Standort:

Spital Triemli Spital Waid Egal

Datum: Zuweisender Arzt:

Für Rückfragen am besten erreichbar unter: _____

Bitte senden Sie uns auch relevante Befunde mit. Bei dringend medizinischen Fragen erreichen Sie uns unter der Nummer: 044 416 37 04 (bitte nur für medizinisches Fachpersonal)