|  |  |
| --- | --- |
| **Ambulante Sprechstunden**Telefon 062 765 31 30 Email patientendisposition@spitalmenziken.ch  | Asana Spital Menziken AG**Departement Innere Medizin**Spitalstrasse 15737 Menziken |

**Einweisung/Überweisung Medizin**

**Personalien**
Name / Vorname
(auch lediger Name Ehefrau)      …………………………………………………………………...

Adresse und Wohnort      ……………………………………………………………..........

Geburtsdatum / Geschlecht      …………………………………………………[ ]  m [ ]  w

Beruf      ……………………………………………………………..........

Adresse      ……………………………………………………………..........

Telefon privat / Mobiltelefon      ……………………………………………………………..........

**Medizinische Daten**

Gewünschte Behandlung [ ]  ambulant

 Einweisungsgrund (Diagnose)      ……………………………………………………………..........

 …………………………………………………………………………...

 Fragestellung / Indikation      ……………………………………………………………..........

 …………………………………………………………………………...

 Bisherige Therapie (Medikamente)      ……………………………………………………………..........

 …………………………………………………………………………...

**Termin** [ ] baldmöglichst [ ]  nicht dringend

Zuweisender Arzt      ……………………………………………………………..........

**Beilagen/Befunde** *(Falls vorhanden bitte dem Patienten mitgeben oder per Fax senden)*