|  |  |
| --- | --- |
| **Ambulante Sprechstunden**  Telefon 062 765 31 30  Email patientendisposition@spitalmenziken.ch | Asana Spital Menziken AG  **Departement Innere Medizin**  Spitalstrasse 1  5737 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)*