

## ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen und Berichte dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

**Praxis ST Med GmbH**  
**Dr. med. Tatjana Somborski**  
 Tramstrasse 4  
 8050 Zürich

Tel. +41 44 261 00 97  
 Fax +41 44 262 33 60  
 tatjana.somborski@hin.ch  
 www.st-med.ch

Name	
Vorname	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Geb. Dat.	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Gesetzlicher Vertreter _____	
Tel. Privat/Mobile _____	
Tel. Geschäft _____	

<input type="checkbox"/> Patient aufbieten	
<input type="checkbox"/> Patient hat Termin am:	Zeit: _____ Uhr

<b>Kostenträger</b>	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
Krankenkasse:	Vers.- / AHV-Nr.: _____	
Unfallversicherung:	Unfall-Nr.:	Unfalldatum:

<b>Gewünschte Untersuchung - Therapie</b>		
<input type="checkbox"/> Rheumatologische Abkl.	<input type="checkbox"/> Interventionelle Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Akupunktur-TCM (Grundversicherung)
<input type="checkbox"/> Sonographie	<input type="checkbox"/> Manuelle Medizin	<input type="checkbox"/> PRP/ Hyaluronsäure
<b>Region:</b> _____		

**Diagnose mit Klinischen Angaben und Fragestellung:**

<b>Erforderliche Angaben</b>	
<input type="checkbox"/> Allergien:	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt
<input type="checkbox"/> Blutverdünnung/Medikament:	<input type="checkbox"/>

<b>Befund</b>	Datum:
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	Zuweisender Arzt
<input type="checkbox"/> Fax / Nr.: _____	
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____	
<input type="checkbox"/> Post	
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden	
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____	Firmenname oder Stempel / Unterschrift