

## Patientenanmeldung

Drucken

per E-Mail senden

### Zuweisende Praxis

Zuweisende Ärztin/Arzt\* .....

Praxisname .....

Telefon\* .....

E-Mail\* .....

### Patientendaten

Name\* .....

Geschlecht\*  männlich  weiblich

Vorname\* .....

Geburtsdatum\* .....

Strasse/Nr. ....

Telefon\* .....

PLZ/Ort .....

E-Mail .....

Krankenkasse .....

Allgemein  Halbprivat  Privat

### Zuweisungsgrund

Abklärung  Zweitmeinung  Konservative Therapie  Operative Therapie

### Terminwunsch

Notfall  Dringend  Elektiv

### Diagnose / Klinische Symptomatik

### Voroperation(en) an der Wirbelsäule

Wann? .....

Wo? .....

Durch wen? .....

Was wurde operiert? .....

### Relevante internistische Vorerkrankungen

### Medikamente

### Bildgebung der Wirbelsäule

Vorhanden?  Ja  Nein

Wenn ja, wo und wann wurde die Bildgebung gemacht?

Datum\* ..... Unterschrift\* .....