

Patientendaten:

Name	Versicherung
Vorname	Versicherungs-Nr.
Geburtsdatum	Arbeitgeber
Strasse/Haus-Nr.	Tel./Mobile Arbeitgeber
PLZ/Ort	<input type="checkbox"/> Krankheit
Telefon/Mobile privat	<input type="checkbox"/> Unfall
E-Mail	Unfalldatum

Zuweisung an

<input type="checkbox"/> Dr. med. Ulrich Beurer Gynäkologie, Konsiliararzt SVAR	<input type="checkbox"/> Dr. med. Thomas Kempmann Gastroenterologie
<input type="checkbox"/> Dr. med. Pascale Brei Handchirurgie	<input type="checkbox"/> Dr. med. Daniel Meyer Urologie
<input type="checkbox"/> Dr. med. Gustav Clausen Allgemeine Chirurgie, Konsiliararzt SVAR	<input type="checkbox"/> Dr. med. Tanja Staub Nephrologie, Konsiliarärztin SVAR
<input type="checkbox"/> Dr. med. Christian Eder Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Dipl. med. Simon Peter Wespi Pneumologie

Anamnese/Befund

Diagnose/Differentialdiagnose