

Patientenanmeldung - Gefässmedizin

Patientendetails:

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ, Ort:
Geb- Datum:	Krankenkasse:
Telefon:	Natel:

Abklärung

Kontrolle

pAVK

Varizen

Carotis

Thrombose

Aorta

Lunge/Thorax

Visceralarterien

Sonstiges:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zuweisender Arzt/Ärztin

Die Anmeldung dürfen Sie gerne per Email direkt an stoffwechselzentrum@friendlydocs.ch senden oder per Fax an 071 228 70 79.

Besten Dank, Ihr Team vom Stoffwechselzentrum St. Gallen