

Patientenanmeldung - Allgemein

Patientendetails:

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Telefon:	Natel:
E Mail:	

Überweisungsgrund:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Endokrinologie | <input type="checkbox"/> Diabetologie | <input type="checkbox"/> Gestationsdiabetes |
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Ernährungsmedizin | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Gefässmedizin | <input type="checkbox"/> päd. Endokrinologie | <input type="checkbox"/> päd. Diabetologie |

Problembeschreibung:

Wunsch:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Konsiliarische Beurteilung und Therapieempfehlung | <input type="checkbox"/> Problemorientierte Weiterbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Längerfristige Mitbehandlung | <input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme |

Weiterführende Abklärung

- Soll durch mich (Hausarzt) durchgeführt/organisiert werden
- Soll nach Absprache durch das Stoffwechselzentrum St. Gallen durchgeführt/organisiert werden
- Soll prinzipiell durch das Stoffwechselzentrum St. Gallen durchgeführt/organisiert werden

Zuweisender Arzt/Ärztin

Kontakt via

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Telefon: | |
| <input type="checkbox"/> Post: | <input type="checkbox"/> Email (HIN geschützt): |

Datum der Zuweisung:

Die Anmeldung sowie relevante Vorbefunde (bei Pädiatrie inkl. aller Wachstumsdaten) 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