GZF | Gesundheitszentrum Fricktal

Anmeldung Infusionstherapie

Personalien Patienten-Etikette

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Mobile: _____

Krankenversicherung: _____

Versichertenkarten-Nummer (nur für Schweizer Versicherungen)

8 0 7 5 6 _____

Gewünschte Therapie:

☐ Ferinject, Gewicht Patient: _____

☐ Aderlass

☐ EC-Transfusion

☐ Privigen

☐ Remicade

☐ Kortison-Stosstherapie

☐ _____

Bitte aktuelle Laborwerte beilegen

Zuweisungsgrund (Diagnose): _____

Bisherige Therapie: _____

Fragestellung: _____

Datum: _____

Zuweisender Arzt (Adresse)

Telefon: _____

_____

Unterschrift Arzt/Ärztin

Kontakt
Gesundheitszentrum Fricktal AG
Medizinische Klinik
Riburgerstrasse 12
4310 Rheinfelden

T +41 (0)61 835 65 12
medizin.rf@gzf.ch

19.1226