ORTHO BERN

Zentrum für Orthopädie, Handchirurgie und Sporttraumatologie

Zuweisender Arzt: _____

Zuweisungsformular für Hausärzte

Informationen zum Patienten:

Vor- und Nachname: _____ Geb. Datum: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____ Telefonnr.: _____

Zuweisungsgrund:

Nebendiagnosen:

Medikamente:

Orthoplus Bern | Mühledorfstr. 4, 3018 Bern, Tel.: +41 31 996 90 90, Fax: +41 31 996 90 99
E-Mail: orthoplus-bern@hin.ch, www.orthoplus-bern.ch