

Zuweisungsformular

Name	Vorname		Geburtsdatum
Adresse	Ort		PLZ
Mobile	Telefon Privat		
Telefon Geschäft	E-Mail		
Krankenkasse	Versicherungsklasse (stationär)	allgemein halbprivat privat	Hausarztmodell
Name Zuweiser	Adresse Zuweiser		
Telefon für Rückfragen	Bericht per Post per E-Mail an:		@hin.ch
Fragestellung			
Ort, Datum	Unterschrift Formuar senden an: lungen-klinik@hin.ch		