

ZUWEISUNG AN LEONARDO MIT DER BITTE UM AUFGEBOT

Schulter/Ellbogen

DR. MED. JIRI SKARVAN
DR. MED. CHRISTIANE BRINKMANN
DR. MED. DAVID HAENI

Hand/Ellbogen

DR. MED. RENATO FRICKER
DR. MED. NATHALIE SCHELHORN
DR. MED. BEATE WILMINK

Hüfte

DR. MED. CSABA FORSTER-HORVÁTH, PHD

Knie

PROF. DR. MED. MARKUS P. ARNOLD
DR. MED. THOMAS RYCHEN
DR. MED. RAPHAEL KAELIN

Fuss

DR. MED. CLAUDE MÜLLER
DR. MED. RAHEL SCHMID
DR. MED. BRITTA BROEDE

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail an info@leonardo-ortho.ch

Bitte ausfüllen Frau Herr

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon P: _____

Mobile: _____ Telefon G: _____

Versicherung: Allgemein Halbprivat Privat

Klinische Angaben/Fragestellung

Relevante Nebendiagnosen/Medikamente

keine

siehe separater Bericht

Datum: _____ Name zuweisender Arzt: _____

LEONARDO
Hirslanden Klinik Birshof
Reinacherstrasse 28
4142 Münchenstein

Telefon 061 335 24 24

Klinikpartner

HIRSLANDEN
KLINIK BIRSHOF

