

# 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 [praxis.leonardo-ortho@hin.ch](mailto:praxis.leonardo-ortho@hin.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

