

## ZUWEISUNG AN LEONARDO MIT DER BITTE UM AUFGEBOT

- Schulter/Ellbogen     Hand/Ellbogen     Hüfte  
 Knie     Fuss

Arztwunsch: .....

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