

Anmeldung Endokrinologie

Patient

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich

(Mobil-)Telefon: _____ E-Mail: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Aufgebot

 telefonisch schriftlich

Sprechstunde

 Adipositas Diabetes Hypophyse
 Nebenniere Schilddrüse Sonstige: _____

Klinik und Fragestellung

Bitte Medikamentenliste beilegen.

Bericht via

 E-Mail an Praxis E-Mail E-Mail an: _____ Post

Zuweisender Arzt/Ärztin

**Bitte senden Sie das Formular
an curana@hin.ch.
Herzlichen Dank!**