kiju
PRAXIS ALLMEND

Zuweisung

Kinder- und Jugendpraxis Allmend

Bitte ausgefüllt per HIN-Mail an kiju-allmend@hin.ch senden, mit Bericht bzw. Vorbefunden.

Gewünschte Untersuchung

Untersuchung *

Bitte auswählen

Auswahlliste – oder selbst eintippen

Kind

Name *

Vorname *

Geburtsdatum *

Nummer der Versichertenkarte (beginnt mit 80756) *

Eltern / Kontaktperson

Name *

Vorname *

Adresse (Strasse, PLZ, Ort)

Telefon *

E-Mail

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt, Hebamme, Institution

Name, Vorname *

Praxis / Institution

Telefon für Rückfragen *

HIN-Mail oder Adresse für den Bericht *

Datum

Fragestellung

Fragestellung *

Relevante Vorbefunde

* Pflichtangaben