

Gefässkompetenzzentrum

Oberdorfstrasse 41
8853 Lachen

Sekretariat

Telefon 055 451 32 66
gefaess@spital-lachen.ch

Leitender Arzt Gefässchirurgie

Dr. med. Peter Hess

Anmeldung Gefässkompetenzzentrum

Personalien Patient

Vor- / Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon / Mobile:

E-Mail:

Krankenkasse:

Policen-Nummer:

Zusatzversicherung:

Policen-Nummer:

Zuweiser

Zuweisung durch Patient (Achtung: nur bei freier Arztwahl möglich!)

Zuweisung durch Arzt (bitte unten aufgeführte Kontaktdaten ergänzen)

Vor- / Nachname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Dringlichkeit der Untersuchung

Notfall

1-2 Wochen

1-3 Monate

Andere:

Diagnose / Indikation / Fragestellung

Wichtig:

Wir benötigen die aktuelle Medikamentenliste des Patienten / der Patientin, weshalb wir Sie bitten, diese dem Patienten / der Patientin mitzugeben oder uns mit dem Anmeldeformular per E-Mail zuzustellen.