**Zuweisungsformular Gefässmedizin/Phlebologie Flawil**

**Patientin / Patient** (gesetzlicher Wohnsitz)

Name Geschlecht  weiblich  männlich

Vorname Telefon

Strasse / Nr. E-Mail

PLZ / Ort Nationalität

Geburtsdatum Institution

Versicherungsstatus  allgemein  allgemein ganze CH  halbprivat  privat

Garant Versicherungsnummer

Garant Versicherungsnummer

GesetzlicherVertreter/in(falls vorhanden)

Sorgeberechtige/r  Beistand/Beiständin

Name Telefon

**Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt**

Name Institution

Vorname Telefon

Strasse / Nr. E-Mail

PLZ / Ort ZSR-Nr.

EAN-Nr.

**Medizinische Angaben**

Zuweisungsgrund:

Diagnosen:

Zentrale Diagnosen:

Behandlungsziel:

Besondere Merkmale:

Aktuelle Medikation bzw. aktuelle Medikationsliste beilegen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamentenname** | **Dosierung** | **morgens** | **mittags** | **abends** | **nachts** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ort / Datum Stempel / Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte an:

**per Post:** Fachärztezentrum Flawil

Kronenstrasse 22  
 9230 Flawil

oder

**per E-Mail:** [phlebo.flawil@thurklinik.ch](mailto:phlebo.flawil@thurklinik.ch)

Bei Fragen oder Unklarheiten können Sie sich jederzeit bei uns melden:

**Telefon:**  071 383 45 49