

Urologie

St. Claraspital
Kleinriedenstrasse 30
Postfach
CH - 4002 Basel

T + 41 61 685 85 23
urologie@claraspital.ch
www.claraspital.ch

Anmeldung**Personalien (bitte in Blockschrift ausfüllen)**

Name - 2. Fam.Name:

Vorname:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon Privat:

Telefon Geschäft:

Telefon Mobil:

Krankenkasse:

Geb. Datum:

Klasse: 1. Klasse 2. Klasse Allgemein

Vorschlag Eintrittsdatum:

Zuweisende Ärztin/Arzt:

Diagnose und/oder Einweisungsgrund:**Bisherige Behandlung:****Medikamente:****Bestätigung/Unterschrift**

Ort, Datum:

Unterschrift Ärztin/Arzt: