

Urologie

St. Claraspital
Kleinriehenstrasse 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: _____