

# Zuweisungsformular

**Senden an:**

HIN-Mail: hnoimpark@hin.ch

Fax: +41 61 693 30 31

Post: Hirzbrunnenstrasse 58, 4058 Basel

**Termin**

Dringend

Wunschtermin:

**Personalien Patientin / Patient**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

**Klinische Angaben / Fragestellung**

Diagnose, relevante Nebendiagnosen, Allergien, Medikation und Fragestellung an HNO im Park

**Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt**

Praxis / Institution

Ärztin / Arzt

Strasse, Nr.

PLZ / Ort

Telefon

HIN-Mail

**Stempel / Unterschrift**

Datum