



Anmeldung (via Post, Fax oder E-Mail)

Name		Versicherung (sofern bekannt)	
Vorname		Grundversicherung	
Geburtsdatum		Vers. Nummer	
Adresse		Zusatzversicherung	
Ort		Vers. Nummer	
Telefon		<input type="checkbox"/> Wohnkanton	<input type="checkbox"/> Halbprivat
Mobile		<input type="checkbox"/> allg. ganze CH	<input type="checkbox"/> Privat

Beurteilung durch	<input type="checkbox"/> Baldi	<input type="checkbox"/> Blumenauer	<input type="checkbox"/> Duchini	<input type="checkbox"/> Rüede
	<input type="checkbox"/> von Mühlisen		<input type="checkbox"/> unwichtig	

Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> sobald möglich	<input type="checkbox"/> dringend (= innert 7 Tagen)	<input type="checkbox"/> sehr dringend (= innert 48-72h)	<input type="checkbox"/> Wunschdatum
----------------------	---	---	---	---

Je nach Dringlichkeit und unseren Valenzen in Solothurn offerieren wir Ihnen einen Ausweichtermin im Gefässzentrum Bern (am Lindenhofspital)

Fragestellung / gewünschte Untersuchung	
Aktuelle Problematik / relevante Nebendiagnosen	
Aktuelle Medikation	
Bemerkungen	
Datum	Unterschrift / Praxisstempel
.....

Bitte Bericht	<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> per Post	<input type="checkbox"/> per Fax
	<input type="checkbox"/> per E-Mail an		