

Anmeldung zur chirurgischen Untersuchung / Operation

Dr. med. Chr. J. Tscharner – Facharzt FMH Chirurgie Tel 044 716 60 21 Fax 044 716 60 22
Bauchzentrum • tscharnermedic
8802 Kilchberg, Grütstrasse 55 kontakt@drtscharner.ch drtscharner@hin.ch

Bitte zur Untersuchung aufbieten **Termin vereinbart auf** _____

Name _____ Vorname _____ Geb.Dat. _____ M
Adresse _____ PLZ _____ Ort _____ W
Telefon Privat _____ Tel. Geschäft _____ Natel _____
 Krankheit Krankenkasse _____
 Unfall Unfallversicherung _____

Gewünschte Untersuchung, Sprechstunden

- Chirurgische Sprechstunde
 Proktologische Sprechstunde
 Proktoskopie Koloskopie Gastroskopie
 Sonstiges _____

Gewünschte Operation

- Hämorrhoiden Gallenblase
 Blinddarm Hernie
 Dickdarm akutes Abdomen
 Varizen Abdominalwandplastik
 Vasektomie Liposuction / Fettabsaugung
 Chemosite Port Implantation Exzision Tumore

Beschwerden (ggf. Vorbefunde, vorausgegangene Therapie)

Begleiterkrankungen, Medikamente (insbesondere Antikoagulantien, Antidiabetika)

Fragestellung / Indikation

Zuweisende/r Arzt/Aerztin
(Stempel)

Datum

- Bitte um Zustellung neuer Anmeldeformulare
 Bitte um Zustellung neuer Visitenkarten