DR. MED. J. HURACEK
Facharzt für Orthopädische Chirurgie
Handchirurgie und Chirurgie der
peripheren Nerven FMH. I 1998.02
Tel. 034 422 11 11, Fax. 034 422 11 33

Überweisungsformular Mail

(zum Download auf Desktop)

Patientendaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Überweisungsgrund / Diagnose

- ☐ Handschmerz unklar
- ☐ Krankheit
- ☐ Unfallfolge
- ☐ Neuropathie
- ☐ Tendovaginitis
- ☐ Ganglion / Weichteile / TU
- ☐ Arthrose / Skelett
- ☐ Funktion / Kontraktur / Dupuytren

Unterlagen / Bilder / KG-Auszug

☐ vorhanden ☐ keine ☐ veranlassen

☐ Patient/in hat Termin am

☐ Patient/in bitte aufbieten

Überweisende Ärztin / Arzt

Datum

Praxis / Stempel / Unterschrift

Ausgefülltes Formular in die Praxissoftware kopieren und von dort aus mailen an:

praxis.huracek@hin.ch