**Anmeldeformular Onkologie Wil**

|  |  |
| --- | --- |
| **Telefon:** 071 914 63 44 | **E-Mail:** onkologie.wil@srft.ch |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/in:** |  |
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: |  |
| Strasse, Nr: | PLZ, Ort: |
| Telefon / Natel: | Telefon G: |
| Garant: | allgemein  halbprivat  privat |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dringlichkeit:**  Reguläre Sprechstunde (jeweils Montag)  Dringliche Konsultation | **Diverses:**  Termin vereinbart auf:  Aufgebot durch Spital  Dolmetscher notwendig |

**Diagnose:**

**Anamnese / Befunde:**

**Weitere Diagnosen:**

**Medikamente:**

**Allergien:**

**Fragestellung:**

**Bemerkungen:**

**Checkliste benötigte Unterlagen**

* Histologie / Zytologiebefund
* Bildgebung mit schriftlichem Befund
* Allfällige Endoskopiebefund
* Laborwerte

**Datum:**       **Zuweisender Arzt:**       **Hausarzt:**

(Stempel und Unterschrift)