

# Fachärztliche Abklärung von



<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Name	Geb.-Datum
-----			
Strasse	PLZ	Ort	
-----			
Telefon-Nummer	Krankenkasse		
-----			

Zuweisender Arzt	Hausarzt
-----	

Problem / Fragestellung

.....

.....

.....

Eigene Medikation

.....

.....

Internistische Diagnosen

.....

.....

Bemerkungen

.....

.....

.....

Bitte um Aufgebot des/der oben genannten Patienten / Patientin

Regulär       Zeitnah       Notfall

-----

Ort	Datum	Stempel
-----		

E-Mail [az-watt@hin.ch](mailto:az-watt@hin.ch) Fax 044 555 45 40

**AUGENZENTRUM  
WATT AG**  
Dorfstrasse 53  
8105 Regensdorf-Watt  
  
Tel. +41 44 555 45 45  
Fax +41 44 555 45 40  
[az-watt@hin.ch](mailto:az-watt@hin.ch)  
[www.az-watt.ch](http://www.az-watt.ch)