

Anmeldung zur HNO Sprechstunde bei Dr. med. Jochen Michael

Patient/-in

Name	Patient/-in
Vorname	bitte direkt aufbieten:
Adresse	Notfall
Geburtsdatum	innert 2 Wochen
Telefon	innert 4 Wochen
Krankenkasse	

HNO Abklärungen

Hörabklärung
Schwindelabklärung
HNO-Untersuchung
Anderes:

Indikation/Fragestellung

Medikamente

Zuweisende/r Ärztin/Arzt

Datum

Stempel und Unterschrift