



Gerne versuchen wir Ihre Präferenz SZB oder Medin zu berücksichtigen.

Nous essayerons de prendre en considération votre préférence entre le CHB ou Medin.

# Gynäkologie / Gynécologie

## Patient

Name /

Nom

Vorname /

Prénom

Strasse /

Rue

PLZ Ort /

NPA Lieu

Telefon /

Téléphone

Email

Geburtsdatum /

Date naissance

Geschlecht /

Genre

männlich /

masculin

weiblich /

féminin

Krankenkasse /

Assurance

Versicherten Nr /

N° d'assuré

Sprache /

Langue

## Angaben Gynäkologie / Données gynécologiques

Fragestellung /

Interrogations

Speziell gewünschte Untersuchung /

Examen particulier

## Klinische Angaben / Données cliniques

Diagnose /

Diagnostic

Anamnese /

Anamnèse

Aktuelle Situation /

Situation actuelle

Medikation /

Médication

**Bitte laden Sie Berichte, Laborbefunde und andere relevante Informationen als Anhang hoch.**

**Merci de télécharger les rapports, les résultats de laboratoire et toute autre information pertinente en pièce jointe.**

## Termin / Rendez-vous

Dringlichkeit / Urgence : Woche(n) / Semaine(s)

<1

1-2

2-4

4-6

Bemerkung /

Remarque

Terminbestätigung / Brief /

Confirmation de rdv Lettre

zusätzlich/

en plus

Telefon /

Téléphone

Email

## Zuweisende(r) A(e)rzt(in) / Médecin référant(e)

Praxis /

Cabinet

Titel /

Titre

Name /

Nom

Vorname /

Prénom

Strasse/

Rue

PLZ Ort /

NPA Lieu

Email

Praxis Tel /

Tél cabinet

Direkte Nr. /

Ligne directe