



Überweisungsformular

- Bitte Patient aufbieten
 Termin bereits vereinbart am: _____ um: _____ Uhr

Patientendaten

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ / Ort:
Geburtsdatum:	Tel. mobile:
Mail:	Tel. privat:

Konsultationsgrund:

- Abklärung von Nasenatmungsproblemen
 Ästhetische- / Funktionelle Nasenoperationen
 Nasennebenhöhlenbeschwerden
 Allergologie
 Tonsillen- / Adenoidhypertrophie
 Schnarchabklärung
 Schwindel / Kopfschmerzen
 Hörabklärung / Hörminderung
 Tinnitus
 Andere: _____

Wichtige Informationen (Medikamente, Krankheiten, Allergien etc.):

Arztwahl:

- Dr. med. Maria Schneller
 Dr. med. Maritta Spiegelberg

Bitte um Bericht

- Per Mail
 Per Post

Datum:

Praxisstempel: _____