

## Anmeldeformular

### Patientenangaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Unfallversicherung: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ ambulant stationär  
Allgemein Halbprivat Privat

### Klinik

Chirurgie	<a href="mailto:chirurgie@spital-linth.ch">chirurgie@spital-linth.ch</a>	
Orthopädie	<a href="mailto:orthopaedie@spital-linth.ch">orthopaedie@spital-linth.ch</a>	
Urologie	<a href="mailto:urologie@spital-linth.ch">urologie@spital-linth.ch</a>	
ORL	<a href="mailto:sebastian.thurnherr@spital-linth.ch">sebastian.thurnherr@spital-linth.ch</a>	
Handchirurgie	<a href="mailto:alexander.frank@spital-linth.ch">alexander.frank@spital-linth.ch</a>	
Plastische Chirurgie	<a href="mailto:cynthia.wolfensberger@spital-linth.ch">cynthia.wolfensberger@spital-linth.ch</a>	
Kinderchirurgie	<a href="mailto:guido.baumgartner@spital-linth.ch">guido.baumgartner@spital-linth.ch</a>	
Adipositaszentrum	<a href="mailto:adipositaszentrum@spital-linth.ch">adipositaszentrum@spital-linth.ch</a>	
Wundambulatorium	<a href="mailto:wundmanagement@spital-linth.ch">wundmanagement@spital-linth.ch</a>	
Medizin	<a href="mailto:medizin@spital-linth.ch">medizin@spital-linth.ch</a>	
Kardiologie	Nephrologie	Rheumatologie
Neurologie	Angiologie	Pneumologie
Onkologie	Gastroenterologie	Geriatric
Gynäkologie/Geburtshilfe	<a href="mailto:frauenklinik@spital-linth.ch">frauenklinik@spital-linth.ch</a>	
Anästhesie	Schmerzsprechstunde	<a href="mailto:anaesthesie@spital-linth.ch">anaesthesie@spital-linth.ch</a>

Gewünschter Spitalarzt:

Gewünschte Untersuchung:

### Medizinische Angaben

Datum:

Einweisender Arzt:

Versand gern per Email!