

Anmeldeformular

Patientenangaben

Name	Vorname	
Strasse	PLZ	Ort
Tel.	E-Mail	
Geburtsdatum	Krankenkasse	
Unfallversicherung		
ambulant	stationär	
Allgemein	Halbprivat	Privat

Departement Chirurgie

Chirurgie	chirurgie@spital-linth.ch
Orthopädie	orthopaedie@spital-linth.ch
Handchirurgie	orthopaedie@spital-linth.ch
Kinderchirurgie	orthopaedie@spital-linth.ch
Urologie	urologie@spital-linth.ch
ORL	sebastian.thurnherr@spital-linth.ch
Wundambulatorium	wundmanagement@spital-linth.ch
Anästhesiesprechstunde / OP-Management	anaesthesie@spital-linth.ch

Klinik für Innere Medizin

medizin@spital-linth.ch

Angiologie	Geriatrie	Onkologie	Ultraschall
Endokrinologie	Kardiologie	Pneumologie	
Gastroenterologie	Nephrologie		

Gynäkologie/Geburtshilfe

frauenklinik@spital-linth.ch

Gewünschter Spitalarzt

Gewünschte Untersuchung

Medizinische Angaben

Datum

Einweisender Arzt