

Patientenzuweisung

Telemedizinische Adipositas-Therapie



ViaSlim AG
Asylstrasse 104
8032 Zürich
www.viaslim.ch
E-Mail: viaslim@hin.ch
Tel.: 079/6049843

Angaben Zuweiser

Zuweisende Praxis:	Zuweisende(r) Arzt / Ärztin
Adresse:	E-Mail Adresse:
Fachrichtung:	Telefonnummer:

Angaben Patient:in

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	E-Mail Adresse:
Krankenkasse:	Krankenkassen-Nr:

Unterlagenanforderung

- ☐ Vollständige Diagnose-Liste und ggf. körperlicher Untersuchungsbefund
- ☐ Ggf. Medikamentenplan
- ☐ Ggf. Allergien / Intoleranzen
- ☐ Sonstige Informationen (optional): _____

Überweisungsunterlagen

Ich bestätige, dass ich die benötigten Unterlagen an **viaslim@hin.ch** einsende:

Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin