

# Patientenzuweisung



## Telemedizinische Adipositas-Therapie

ViaSlim AG  
Asylstrasse 104  
8032 Zürich  
[www.viaslim.ch](http://www.viaslim.ch)  
E-Mail: [viaslim@hin.ch](mailto: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](mailto:viaslim@hin.ch) einsende:

Datum, Unterschrift des Arztes / der Ärztin