

## Patientenanmeldung für schlafmedizinische Abklärungen durch die Aurora Telemed AG

Patientenanmeldung	
Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Nationalität: _____
Strasse: _____	PLZ, Ort: _____
Telefon: _____	Email: _____

Zuweiser-Information	
Praxis: _____	Anmelder: _____
Strasse: _____	PLZ, Ort: _____
Telefon: _____	Email: _____

Mitteilung
Zusätzliche Angaben/ Klinische Angaben / Fragestellung:
_____
_____
_____

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Zuweisung. Sie können uns dieses Formular gern postalisch (Kasernenstrasse 30, 4410 Liestal), oder per Email ([aurora-med@hin.ch](mailto:aurora-med@hin.ch)) zustellen.