

Patientenanmeldung für schlafmedizinische Abklärungen durch die Aurora Telemed AG

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

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

Zuweiser-Information
Zusätzliche Angaben / Klinische Angaben/ Fragestellung:

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Zuweisung. Sie können uns dieses Formular gern postalisch (Industriestrasse 1, 4410 Liestal), oder per Email (aurora-med@hin.ch) zustellen.