



Zuweisungs-Formular

Zuweisung durch Arzt / Praxis

Name

Adresse

Telefon

Fax

E-Mail

Daten des Patienten

Name

Adresse

Geburtsdatum

Telefon Privat / Handy

E-Mail

Weitere Patienten-Informationen

Kostenträger

- KK
- Versicherung
- Privat

Klinisch relevante Angaben / Fragestellung

Medikamente

Ihr Anliegen

- Vorbesprechung
- Direkt-Schlaflabor
- Bericht-Kopie an (bitte unten vermerken)

Ihre Nachricht

Klinik Professor Sailer AG

Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. med. h.c. mult., Dr. sc. h.c. mult. Hermann F. Sailer

Spezialklinik für Gesichts-, Kiefer- und Oralchirurgie • Heuelstrasse 28 • 8032 Zürich • Schweiz

Tel. +41 43 555 80 90 • Fax +41 43 555 80 91 • www.sailerclinic.com • info@sailerclinic.com

Zentrum für Schnarchen und Schlafapnoe • Tel. +41 43 555 80 95 • www.schlafapnoe.com • dr.sailer@sailerclinic.com

Bank UBS AG Zürich, Schweiz • Bic/Swift: UBSWCHZH80A

Konto-CHF: IBAN: CH49 0022 5225 1106 2002 Z • Konto-EURO: IBAN: CH88 0022 5225 1106 2060 W