

## Zuweisung

**Dr. med. Roman Lusser**, Facharzt FMH  
 Orthopädische Chirurgie und Traumatologie  
 Sportmedizin  
 Schönenbuchstrasse 3, CH-4123 Allschwil

**FAX 061 481 20 25**

**Termin** vereinbart per:

- Patient bitte telefonisch aufbieten       Patient bitte per E-Mail aufbieten

<b>Name:</b>	Vorname:
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	Unfallversicherung:
Telefon:	Mobiltelefon:
E-Mail Adresse:	
Strasse:	Nr:
PLZ:	Ort:

**Verdachtsdiagnose/Zuweisungsgrund:**

Anamnese:
Bisherige Abklärung:
Bisherige Therapie:

**Dokumentation** (Bildgebung, Berichte, Medikamentenliste, Labor)

- Patient mitgegeben       Folgt per E-Mail       Folgt per Post

**Zuweiser/in:**

Adresse:	
Telefon:	Fax:
<b>E-Mail:</b>	
<i>Bei OP wünsche ich</i>	
Praeoperative Abklärung bei <input type="checkbox"/> Zuweiser/in <input type="checkbox"/> Orthopraxis/Merian-Iselin	
Faden-/Klammerenfernung bei <input type="checkbox"/> Zuweiser/in <input type="checkbox"/> Orthopraxis Allschwil	