

Zuweisung ambulant

Name:	Geburtsdatum:	Adresse:
Vorname:	Name der Krankenkasse:	Tel. privat:
E-Mail:	VEKA-Nr.:	Tel. mobil:
Zuweisungsgrund:		

Bitte zutreffendes ankreuzen:

☐ Zuweisung durch Arzt / Ärztin

Name und Anschrift des zuweisenden
Arztes / der zuweisenden Ärztin:

☐ Selbstzuweisung

☐ Zuweisung zur spezialisierten Abklärung und Betreuung
im Schweizerischen Huntington-Zentrum

Gewünschte Abklärung durch:

☐ Prof. Dr. med. Michael Orth

☐ Frau Dr. med. Laura Urben

☐ Frau Dr. med. Julia Müllner

Wir berücksichtigen Ihre Wünsche nach Möglichkeit; die Terminvergabe richtet sich jedoch nach den ärztlichen Kapazitäten und der medizinischen Dringlichkeit.