

## Zuweisung zur HNO-Abklärung

- Notfallmässig
- Bitte Patient aufbieten
- Termin bereits vereinbart: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Patient/in war bereits im HNO-Center

- Ja
- Nein

Name/Vorname

---

Geburtsdatum

---

Strasse

---

PLZ/Ort

---

Telefon

---

E-Mail

---

Krankenkasse / Mitgliedernummer

---

### Gewünschte Untersuchung

- Abklärung bei Hörverminderung/Tinnitus
- Abklärung bei Ohrenscherzen
- Abklärung bei Schwindel
- Durchführung des Neugeborenen-Hörscreenings mittels Messung der otoakustischen Emissionen
- Abklärung bei Halsbeschwerden
- Abklärung bei Schilddrüsenbeschwerden oder Lymphknotenschwellung
- Abklärung bei Speicheldrüsenbeschwerden wie Lithiasis oder Raumforderungen
- Abklärung bei Hautveränderungen im Gesichtsbereich
- Abklärung bei Nasennebenhöhlen Beschwerden
- Abklärung bei behinderter Nasenatmung
- Interesse an ästhetischer Nasenkorrektur
- Sonstiges

### Klinische Information

---

---

---

Bericht gewünscht per:

- E-Mail: \_\_\_\_\_ @hin.ch
- Briefpost

Berichtskopie an:

Datum:

Zuweisender Arzt (Stempel)