

Anmeldung Sprechstunde für Ganganalyse und Sturzprävention BESAS

Patient/Patientin

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefonnummer
Adresse	
Krankenkasse (Grundversicherung)	Hausarztmodell ☐ ja ☐ nein

Zuweiser/Zuweiserin

Anmeldender Arzt/anmeldende Ärztin	Telefonnummer
Hauptdiagnose	
Ort und Datum	Unterschrift zuständiger Arzt/zuständige Ärztin

Bitte folgende Unterlagen beifügen:

- Zuweisungsbericht mit kompletter Diagnoseliste
- aktuelle Medikamentenliste
- relevante fachärztliche Berichte

Anmeldemöglichkeiten:

- per Mail an ambulante-rehabilitation@siloh-spital.ch
- per Post an
Siloah AG, BESAS Berner Spitalzentrum für Altersmedizin, Ambulante Rehabilitation, Worbstrasse 316, 3073 Gümligen

Vielen Dank für Ihre Anmeldung!