

# Anmeldung Neugeborenes Hörscreening

## Patientendaten Neugeborenes

Vorname		Geburtsdatum	
Nachname			
Strasse / Nr.			
PLZ / Wohnort			
Krankenkasse			

## Elternteil

Vorname			
Nachname			
Telefon		Mobile	
E-Mail-Adresse			

## Zuweisungsgrund / Fragestellung

## Hinweis

Bitte **Gesundheitsheft** mitbringen. Für die Fallaufnahme **15 Minuten vor dem Termin** bei der Patientenaufnahme, vis-à-vis der Reception, melden. Anschliessend sich im Stationszimmer 3. OG melden.

Datum	Absender oder Unterschrift
-------	----------------------------

Ihr schnellster Weg zur Anmeldung ist die digitale Zustellung per E-Mail an: **og03@gzo.ch**  
Telefonnummer für Fragen: 044 934 19 31