**Überweisung Gynäkologie**

SIHLMED Zentrum für Integrative Medizin

**Personalien**

Name       Vorname

Strasse       PLZ, Ort

Geburtsdatum       Telefon

Krankenkasse       Zusatzversicherung

**Termin**

[ ]  Notfall [ ]  innert 1-2 Wochen [ ]  innert 3-4 Wochen

[ ]  bitte aufbieten [ ]  Termin telefonisch vereinbart

**Konsultation**

[ ]  Gynäkologische Kontrolle [ ]  Schwangerschaftskontrolle

[ ]  Ultraschall [ ]  Antikonzeptionsberatung

[ ]  Beratung bei Menopausenbeschwerden [ ]  Kinderwunsch

Diagnose

Fragestellung

Medikamente

Bemerkungen / Informationen

Datum / Unterschrift / Absender