



Orthopädische Chirurgie  
Dr. Rolf F. Oetiker

## Anmeldung Dr. med. Rolf F. Oetiker

FMH für Orthopädische Chirurgie und  
Traumatologie des Bewegungsapparates  
Hünenbergerstrasse 8  
6330 Cham

Fax: 041 781 56 56  
Mail: rolf.oetiker@hin.ch

### Angaben zum Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Natel: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Zust. Versicherung (inkl. Vers.-Nr.) \_\_\_\_\_

Termin am: \_\_\_\_\_

### Anamnese und relevante Befunde:

---

---

---

### Medikamente, Besonderes, Fragestellung:

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel Zuweiser

**Bitte stellen Sie uns auch alle relevanten Untersuchungsbefunde wie z.B. MRT-Befund inkl. CD zu. Besten Dank.**