

## Anmeldung Kinderchirurgie

ambulant  
 stationär

---

### Patient/in

Name .....	Telefon .....
Vorname .....	Natel .....
Geburtsdatum .....	gesetzl. Vertreter .....
Strasse .....	Name Eltern .....
PLZ / Ort .....	.....
Krankenkasse .....	Versicherungsnr. ....

---

### Klinische Angaben / Diagnosen / Spezielle Probleme

---

### Fragestellung

---

Zuweiser / Stempel / Telefon

Datum

---

Bitte die Anmeldung senden an

- Ostschweizer Kinderspital, Kinderchirurgische Klinik, Claudiusstrasse 6, 9006 St. Gallen
- E-Mail: [info.ca-chirurgie@kispisg.ch](mailto:info.ca-chirurgie@kispisg.ch) (Sekretariat Chefarzt Kinderchirurgie)
- Fax: 071 243 76 99

