

### Anmeldung Kinderorthopädie

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, Sekretariat Kinderorthopädie, Claudiusstrasse 6, 9006 St. Gallen
- E-Mail: [info.orthopaedie@kispisg.ch](mailto:info.orthopaedie@kispisg.ch)
- Fax: 071 243 74 54

