

**Ärztliche Überweisung ambulante Spezialsprechstunden zur Abklärung und  
allfälligen Therapie (Diagnostik@fps.ch)**

---

**Betrifft:**

Name / Vorname:  m  w

Geb. Datum: Hausarzt:

Beruf:

Adresse:

Tel.:

---

**Versichertenstatus:**  Krankheit  Unfall  IV  IV beantragt

**Krankenversicherung:**

**Versicherten-/Schaden-Nr.:**

---

Bei Fremdsprachigkeit Muttersprache der Patientin / des Patienten:

Engl.  Frz.  Ital.  Andere:

---

**Problemstellung:**

**Aktuelle Diagnosen:**

**Aktuelle Medikation:**

---

Wir bitten Sie, relevante Befunde bzw. Berichte der Überweisung beizulegen und an die Zentrale Diagnostik des Felix Platter-Spitals zu senden oder zu mailen (Diagnostik@fps.ch).

Die Patientin / der Patient wird nach Eingang der Überweisung direkt von uns aufgeboten.

Stempel und Unterschrift:

Datum: