

**Dr. med. Ulrich Baumann**

Facharzt Chirurgie FMH

Schwerpunkt Allgemein- und Unfallchirurgie

[ueli.baumann@hin.ch](mailto:ueli.baumann@hin.ch)

[www.ChirurgieAmSee.ch](http://www.ChirurgieAmSee.ch)



Seestrasse 25, 8330 Pfäffikon

Fax 044 952 17 71

**Zuweisung an Chirurgie am See**

_____	_____	M	W
Name des Patienten	Vorname	Geschlecht	
_____	_____		
Geburtsdatum	Telefon		
_____	_____		
Strasse	PLZ / Ort		

**Medizinische Informationen**

Zuweisungsgrund:

\_\_\_\_\_

Name des Hausarztes

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_

Allergien/Besondere Hinweise