

## ANMELDUNG HANDCHIRURGIE

**Dr. med. Peter Larsson**  
Facharzt für Handchirurgie FMH

**Polipraxis Gais, Rösslistrasse 1, 9056 Gais**  
polipraxis.gais@hin.ch | +41 71 793 27 27

**Polipraxis Herisau, Gossauerstrasse 24, 9100 Herisau**  
polipraxis.herisau@hin.ch | + 41 71 352 44 33

**Polipraxis Steinach, Hafenstrasse 6, 9323 Steinach**  
polipraxis.steinach@hin.ch | +41 71 446 04 64

### Patient\*in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Tel.

Mobile

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Kostenträger

Versicherten-Nr.

Termin vereinbart auf

Patient/in bitte aufbieten

### Anamnese / Indikation

**Fragestellung (bei dringenden Zuweisungen bitte telefonische Kontaktaufnahme)**

**Bekannte Risiken (OAK, Allergien, Epilepsie, etc.)**

### Gewünschte Sprechstunde in

Polipraxis Gais

Polipraxis Steinach

Polipraxis Herisau

### Zuweiser\*in

Titel, Name und Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Tel.

Email