

# Überweisungsformular für Ärzte

## Angaben zum Patient

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Eltern:	
Strasse:	PLZ, Ort
Tel.:	E-Mail

## Überweisungsgrund

--

## Frühere Grössen- und Gewichtsmessungen (falls vorhanden)

Datum (Tag, Monat, Jahr)	Grösse (cm)	Gewicht (kg)
<b>Geburt</b>		

Grösse Mutter: \_\_\_\_\_

Grösse Vater: \_\_\_\_\_

## Beilagen

- Wachstumskurven     Laborbefunde     \_\_\_\_\_  
 aktuelles Röntgenbild der linken Hand, wenn vorhanden

## Überweisender Arzt

--

FAX: 041 44 364 37 01

Email: [mail@pezz.ch](mailto:mail@pezz.ch)

PEZZ; Zu Händen: Prof Dr. med. Urs Eiholzer, Möhrlistrasse 69, 8006 Zürich