

## Zuweisung an das eSwiss Medical & Surgical Center St. Gallen

- Chirurgie       Adipositas       Innere Medizin  
 Diabetes       Endokrinologie       Ernährungsberatung

### Zuweisende/r Ärztin/Arzt

Name  Vorname   
Mail  Telefon

---

### Patientendaten

Name  Vorname   
Mail  Telefon   
Strasse/Nr.  PLZ/Ort

---

Zuweisungsgrund:       Dringend       Regulär

---

Bitte übermitteln Sie uns relevante Vorbefunde auf dem von Ihnen bevorzugten Kommunikationsweg:

- ➔ Mail (HIN verschlüsselt) [eswiss@eswiss.center](mailto:eswiss@eswiss.center)
- ➔ Fax 071 282 20 59
- ➔ Tel 071 282 20 50

*Herzlichen Dank für Ihre Zuweisung.*

*Ihr Anliegen wird umgehend bearbeitet.*