

# Anmeldeformular

**Dr. med. Stefan Kipfer**  
Buchenstrasse 4 | 6210 Sursee  
Tel. 041 525 04 04  
neuropraxissursee@hin.ch  
www.neuropraxissursee.ch

[> Drucken](#)  
[> Absenden](#)



**NeuroPraxisSursee**  
— Dr. med. Stefan Kipfer —

**Fax 041 525 04 44**

## Patientendaten/-etikette

Name	Vorname		
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Strasse/Nr.	PLZ/Ort		
Telefon privat/Mobil	Telefon Geschäft		
Krankenkasse/Versicherten-Nr.			
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall		

## Fragestellung

## Medikamente

## Terminwunsch/Dringlichkeit

Normal  Dringend

Datum  Unterschrift und Stempel (Fax)