

Anmeldungsinformationen für Patienten, die noch nicht im System des USB registriert sind bitte an onkologie.lymphomkonferenz@usb.ch senden:

Patient

| | |
|---------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Strasse, Hausnummer | |
| PLZ | |
| Ort | |
| Versicherung | |
| Versicherungsnummer | |

Hausärztin/Hausarzt

| | |
|---------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Strasse, Hausnummer | |
| PLZ | |
| Ort | |

Zuweiserin/Zuweiser

| | |
|---------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Strasse, Hausnummer | |
| PLZ | |
| Ort | |
| Institution | |