

Stammdatenblatt RFN \_\_\_\_\_ (Name) Datum \_\_\_\_\_

Casemanagement: \_\_\_\_\_ (Name)

	BSNR	LANR	Name	Vorname	Titel	Fachrichtung	Strasse	PLZ	Ort	Telefon	Mailanschrift
<b>Fußambulanz</b>											
<b>DSP</b>											
<b>Hausärzte</b>											
<b>Kooperierende Fachärzte</b>											
<b>Kooperierende medizinische Dienste:</b>											
<b>Orthopädienschuhmacher</b>	-	-									
<b>Pflegedienste</b>	-	-									
<b>Podologie</b>	-	-									