

Allgemeines Anmeldeformular

Patientenangaben

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Telefonnummer Privat _____
Geschäft _____
Beruf/Tätigkeit _____

Geschlecht

- männlich
 weiblich

Einweisung

- ambulant
 stationär
 regulär
 Notfall

Zivilstand

- ledig
 verheiratet
 verwitwet
 getrennt
 geschieden
 unbekannt

Einweisender Arzt

Hausarzt Selbst Andere (z.B. Therapeut) _____

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____

Hausarzt

Name _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____

Arbeitgeber nur bei Unfall anzugeben (vollständige Adresse)

Firma _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____

Zuständige Versicherung

Name _____
Adresse _____
Ort _____
Mitglied-Nr. _____
Unfall-Nr. _____

Versicherungsdeckung

- Wohnkanton (Grundversicherung)
 Allg. ganze Schweiz (Zusatzversicherung)
 Halbprivat
 Privat

Bemerkungen

Name der Klinik/Behandlungsstelle
leer lassen