SWRZ SCHWEIZER WIRBELSÄULEN- UND RÜCKENMARKZENTRUM

Postfach 162 | 6207 Nottwil
Telefon 0848 48 79 79 | Fax 0848 48 79 80
info@swrz.ch | www.swrz.ch

Anmeldeformular für Ärzte

Patientenangaben

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

Geschlecht

☐ männlich
☐ weiblich

Termin vereinbart am:

_____

☐ bitte aufbieten

Einweisung

☐ ambulant
☐ stationär
☐ regulär
☐ dringend
☐ Notfall

Diagnose

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ Röntgenbilder beiliegend
☐ Berichtskopien beiliegend
☐ keine Röntgenbilder vorhanden

Fragestellung

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
Unterschrift + Stempel zuweisender Arzt

Zuständige Versicherung

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

Versicherungsdeckung

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

Arbeitgeber

nur bei Unfall anzugeben (vollständige Adresse)

Firma _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____

luzerner kantonsspital LUZERN SURSEE WOLHUSEN

Schweizer Paraplegiker Zentrum