

Anmeldung für Patientinnen und Patienten

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es bis spätestens 3 Tage vor Ihrem Termin zur Anästhesiesprechstunde an die Patientenadministration. Falls es zeitlich zu knapp wird, bringen Sie das Formular bitte zur Anästhesiesprechstunde mit.

Eintrittsart (wird vom Spital ausgefüllt)

Ambulant Stationär

Eintrittsdatum/Zeit

Fallnummer

Behandelnder Arzt

Grund der Spitaleinweisung

Krankheit

Unfall

Unfalldatum: _____

(Unfall bitte dem Arbeitgeber melden)

O nicht kassenpflichtige Behandlung

Personalien

Name _____ Vorname _____ Lediger Name _____

Geb.-Datum _____ Zivilstand _____ Geschlecht: weibl. männl.

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____ Heimatort/
Nationalität _____

Konfession/Religion _____ Seelsorgebesuch: ja nein E-Mail: _____

Beruf _____ Telefon _____ Mobil _____

Angehörige/Bezugspersonen/Auskunfts berechtigte Person

Ehepartner Lebenspartner eing. Partnerschaft Eltern Tochter Sohn Verwandte andere

Name _____ Vorname _____ Telefon _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____ Mobil _____

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Wenn Sie ein elektronisches Patientendossier besitzen,
melden Sie sich bitte beim Empfang des Spitals.

AHV-Nr. _____

Arbeitgeber

Firma _____ Adresse _____

PLZ/Ort _____ Telefonnummer _____

Ärzte

Hausarzt _____

Überweisender Arzt _____

Frauenarzt _____

Wird von der Patientenadministration ausgefüllt:

Station/Zimmer:

Sachbearbeiterin/Visum

