

Patientenanmeldung Bariatrische Chirurgie

Bitte möglichst elektronisch senden an: chirurgie@spitalmaennedorf.ch

Personalien

Name
Strasse, Nr.
Telefon 1/ P
Geburtsdatum
Grundversicherung
Versicherungsklasse
Totalupgrade auf
Hausarzt,
falls nicht Zuweisende/r

Vorname
PLZ, Wohnort
Telefon 2/ G
AHV-Nr.
Zusatzversicherung
NPFL/Wahleingriff
Selbstzahler
Depotbetrag
*falls ja, Arbeitgeber
PLZ, Ort

W M
Allg. AD EX
Ja
Ja
Unfall*
Krankheit
CHF

Medizinische Angaben

Aufenthaltsart
ambulantly stationär

Medizinische Angaben
Diagnose, Anamnese,
Befunde

Medikamente

Allergien

Datum der Anmeldung

Name, Vorname
Zuweisende/r

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.

