

Patientenanmeldung Orthopädie

Bitte möglichst elektronisch senden an: chirurgie@spitalmaennedorf.ch oder per Fax: 044 922 25 05

Personalien

Name					Vorname			
Strasse, Nr.					PLZ, Wohnort			
Telefon 1/ P					Telefon 2/ G			
Geburtsdatum			W	M	AHV-Nr.			
Grundversicherung					Zusatzversicherung			
Versicherungsklasse	Allg.	AD	EX		NPFL/Wahleingriff	Ja		Unfall*
Totalupgrade auf					Selbstzahler	Ja		Krankheit
Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r					Depotbetrag			CHF
					*falls ja, Arbeitgeber			
					PLZ, Ort			

Medizinische Angaben

Aufenthaltsart				
	ambulant		stationär	
Medizinische Angaben Diagnose, Anamnese, Befunde				

Medikamente

Allergien

Datum der Anmeldung

Name, Vorname
Zuweisende/r

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.

