

# Patientenanmeldung Schilddrüsenchirurgie und Endokrine Chirurgie

Bitte möglichst elektronisch senden an: [chirurgie@spitalmaennedorf.ch](mailto: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	
			Depotbetrag		CHF		
Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r			*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.

