

# Patientenanmeldung Varizenchirurgie

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
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.

