

Patientenanmeldung Chirurgische Klinik

Bitte möglichst elektronisch senden an: chirurgie@spitalmaennedorf.ch

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* Krankheit CHF		
	Totalupgrade auf				Selbstzahler	Ja			
	Hausarzt, falls nicht Zuweisende/r				*falls ja, Arbeitgeber PLZ, Ort				
	Fachgebiet	Traumatologie				Orthopädie			
		Viszeralchirurgie				Varizenchirurgie			
Proktologie					Schilddrüsenchirurgie / Endokrine Chirurgie				
Bariatrische Chirurgie					Wirbelsäulenchirurgie				
Handchirurgie					Plastische Chirurgie				
Aufenthaltsart					ambulant	stationär			
Medizinische Angaben	Medizinische Angaben Diagnose, Anamnese, Befunde								
	Medikamente								
	Allergien								
	Datum der Anmeldung				Name, Vorname Zuweisende/r				

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.

