

Patientenanmeldung Chirurgische Klinik / Orthopädie

Bitte möglichst elektronisch senden an: viszeralchirurgie@spitalmaennedorf.ch/ortho-trauma@spitalmaennedorf.ch
 Telefon: Viszeral: 044 922 35 33, Orthopädie/Traumatologie: 044 922 35 32 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			
Fachgebiet	Traumatologie		Orthopädie					
	Viszeralchirurgie		Schilddrüsenchirurgie / Endokrine Chirurgie					
	Proktologie		Wirbelsäulenchirurgie					
	Bariatrische Chirurgie		Plastische Chirurgie					
	Handchirurgie		Sportmedizin					
Medizinische Angaben	Aufenthaltsart		ambulant		stationär			
	Medizinische Angaben Diagnose, Anamnese, Befunde							
	Medikamente							
	Allergien							
Datum der Anmeldung		Name, Vorname Zuweisende/r						

Dieses Dokument wurde elektronisch visiert.

