

**Personalien Patient/in**

Name: ..... Vorname: .....

Strasse/Nr.: ..... PLZ/Ort: .....

Tel. Privat/Mobile: ..... Tel. Geschäft: .....

Geburtsdatum: ..... Geschlecht: weiblich männlich

Krankenkasse/Versicherung: ..... Mitgliedsnr.: .....

Zusatzversicherung: ..... Mitgliedsnr.: .....

Private Abteilung                      Halbprivate Abteilung                      Allgemeine Abteilung

**Informationen zum Eintritt:**

Einweisender Arzt: .....

Hausarzt: .....

notfallmässig                      bald möglichst                      Wunschtermin: .....

Einweisungsgrund/Diagnose: .....

Aktuelle Therapie/Medikamente: .....

**Absender-Informationen**

Praxis-Adresse: .....

Ort/Datum: ..... Name/Vorname: .....

Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen