**Personalien Patient/in**

Name: Vorname:

Strasse / Nr.: PLZ / Ort:

Tel. Privat/Mobile: Tel. Geschäft:

Geburtsdatum: Geschlecht: [ ]  weiblich [ ]  männlich

KK/Versicherung: Mitgliedsnr.:

[ ]  Patient/in aufbieten [ ]  Selbstzuweiser/in [ ]  Termin

[ ]  dringlich (6-24h) [ ]  bald möglichst (10 Tage) [ ]  innert Monatsfrist

[ ]  Private Abteilung [ ]  Halbprivate Abteilung [ ]  Allgemeine Abteilung

[ ]  Krankheit [ ]  Unfall [ ]  IV

**Diagnose(n):**

**Nebendiagnosen, falls relevant:**

**Aktuelle Fragestellung / Bemerkungen**

Beilagen [ ]  Röntgen [ ]  Labor [ ]  anderes

Dringlichkeit [ ]  normal [ ]  dringlich [ ]  Notfall

**Falls Notfall bitte telefonische Kontaktaufnahme unter +41 61 315 25 25.**

**Absender-Informationen:**

Praxis-Adresse:

Ort/Datum: