**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: