

## Stationäre Anmeldung

Für das Vertrauen in unsere Klinik und die Einweisung Ihres/r Patient/in danken wir Ihnen. Um den administrativen Aufwand gering und effizient zu halten, bitten wir Sie höflich die Einweisung für die stationäre Anmeldung mit diesem Formular zu tätigen.

### Patient/in

Name: .....

Vorname: ..... Zuständige Versicherungen: .....

Geburtsdatum: ..... Zusatzversicherung: .....

Geschlecht:  männlich  weiblich Versicherungsnummer: .....

Strasse: .....  Allgemein  Halbprivat  Privat

PLZ, Ort: ..... Telefon: .....

Nationalität: ..... Konfession: .....

Zivilstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Beruf: .....

### **Arbeitgeber:**

Firma: ..... Adresse: .....

### Einweisungsgrund

Krankheit  Unfall  IV ICD- Code: .....

### **Eintrittsdiagnose:**

.....

### **Zusatzerkrankungen:**

.....

### **Medikamente:**

.....

Beilagen:  Röntgenbilder  Labor

**Ort und Datum:** **Stempel/Unterschrift**