

PATIENTENANMELDUNG

Bitte in Blockschrift ausfüllen und **vor der Untersuchung zurücksenden**. Besten Dank für Ihre Mitarbeit!

Name/Ledigname	Geb.-Datum
Vorname	Zivilstand
Strasse	Nationalität
PLZ/Ort	Beruf
Tel. Privat	Arbeitgeber
Tel. Mobil	Adresse
E-Mail	

Nächste/r Angehörige/r oder Vertrauensperson für den Notfall

Ehepartner/in
 Vater/Mutter
 Lebenspartner/in
 Schwester/Bruder
 Tochter/Sohn
 nicht verwandt

Name	Tel. Privat
Vorname	Tel. Mobil
Adresse	

Bitte Versicherungsausweis mitbringen!

Krankenversicherung	Zusatzversicherung
Versicherungs-Nummer	Versicherungs-Nummer
Adresse	Adresse

Versicherungsart

<input type="radio"/> allgemein (Wohnkanton)	<input type="radio"/> halbprivat
<input type="radio"/> allgemein (ganze Schweiz)	<input type="radio"/> privat
<input type="radio"/> Hausarztmodell / Ärztenetzwerk	<input type="radio"/> flexibel

Ich bestätige hiermit, dass kein Leistungsaufschub bei der Krankenversicherung besteht

Hausarzt

Name	Adresse
------	---------

Über-/einweisender Arzt

Name	Adresse
------	---------

Wie wurden Sie auf die Klinik aufmerksam?

Einweisung durch Arzt
 Inserat
 Mund-zu-Mund-Propaganda
 Internet
 Sonstiges
 Venenmessung in:

Ort/Datum	Unterschrift Patient/in
-----------	-------------------------