

Anmeldeformular für stationären Aufenthalt

Personalien Patientin/Patient

Name		Geb. Datum	
Vorname		Telefonnummer	
Adresse		E-Mail	
PLZ / Ort			
Krankenkasse			
Versicherungsklasse	☐ Allgemein ☐ Allg. ganze Schweiz ☐ Halbprivat ☐ Privat		

Diagnose(n)

Aktuelle Situation (Arztberichte und Medikamentenliste bitte beilegen, falls vorhanden)

Behandlungsziele

--

Angaben Zuweiserin/Zuweiser

Praxisname		Telefonnummer	
Titel		E-Mail	
Name		ZSR	
Vorname		GLN	
Adresse			
PLZ / Ort			

Unterschrift	Datum
--------------	-------

Privatklinik Meiringen, Patientenaufnahme, Willigen, 3860 Meiringen
 Telefon: +41 33 972 85 65 · E-Mail: pa@privatklinik-meiringen.ch