|  |
| --- |
| **Einweisender Arzt / Einweisendes Spital** |
| Institution |
|  |
| Name |  |  | Vorname |  |
|  |  |  |  |  |
| Adresse |  |  | PLZ, Ort |  |
|  |  |  |
| Telefon |  |  | E-Mail |  |
|  |  |  |
|  |
| **PatientIn** |  |  |  |
| Name |  |  | Vorname |  |
|  |  |  |
| Geburtsdatum |  |  | Geschlecht |  |
|  |  | [ ]  [ ]  [ ]  Weiblich Männlich andere |
| Adresse |  |  | PLZ, Ort |  |
|  |  |  |
| Telefon |  |  | E-Mail |  |
|  |  |  |  |
|  |
| **Versicherung** |
| Grundversicherung |  |  | Versicherungsklasse |
|  |  | [ ]  Allgemein | [ ]  halbprivat | [ ]  Privat | [ ]  Selbstzahler |
| AHV-Nr. |  |  | Zusatzversicherung |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Einweisungsgrund** |
| [ ]  [ ]  Innert 24h Wunschtermin: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Diagnosen / aktuelle Beschwerden / aktuelle Medikation / Ziel der Behandlung:** |
| Text Erweiterungsfeld |
| **Anhänge hochladen** | **(1-5 je max. 3 MB - PDF/JPG)**  |