

## Anmeldung stationärer Eintritt

### Einweisende/r Arzt oder Ärztin / Einweisendes Spital

Institution

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

### Patient/in

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:

A large, empty, light gray rectangular area intended for the user to enter their medical information, including diagnoses, symptoms, medication, and treatment goals.

Besten Dank für Ihre Eingaben. Bitte speichern Sie das Formular und senden Sie es an:  
[aufnahme@upk.ch](mailto:aufnahme@upk.ch)

Wir bitten Sie allfällige Befunde und andere Dokumente zusammen mit dem Formular zu  
senden (max. 6MB pro Mail).