

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)