

## Anmeldung

### Personalien Patientin / Patient

Stationär  Ambulant

Name, Vorname  
Adresse  
PLZ/Ort  
Kanton


Geburtsdatum  
Telefon  
E-Mail


### Versicherungsstatus

Kostenträger 1  
Kostenträger 2  
Kostenträger 3


Versicherungs.-Nr.  
Versicherungs.-Nr.  
Versicherungs.-Nr.


Allgemein  Halbprivat  Privat  Selbstzahlende  
 Krankheit  Unfall  IV

### Fragestellung

--

### Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Praxis / Klinik  
Name, Vorname


Telefon  
E-Mail


### Hausärztin / Hausarzt (falls nicht identisch mit der zuweisenden Ärztin / dem zuweisenden Arzt)

Praxis / Klinik  
Name, Vorname


Telefon  
E-Mail


## Anmeldeformular bitte per E-Mail senden an: [disposition@kliniklengg.ch](mailto:disposition@kliniklengg.ch)

Bitte folgende Unterlagen mitsenden:

- Einweisungsschreiben
- Berichte
- MRI Befund
- Medikamentenliste

1. Anmeldeformular auf Ihrem PC speichern.

2. Formular ausfüllen.

3. E-Mail-Programm öffnen.

4. Formular und Unterlagen als Anhang hinzufügen.