

Anmeldung

Personalien Patientin / Patient

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Versicherungsstatus

Krankenkasse Versicherungs.-Nr.

Allgemein
 Halbprivat
 Privat

Zeitpunkt und Verlauf der COVID-Erkrankung

Aktuelle Beschwerden

Bemerkung

Anmeldung für

- Neuropsychologie
 Neurorehabilitative Sprechstunde
 Schlafmedizin
 Psychotherapie und Psychiatrie

Medizinische Therapien

- Physiotherapie
 MTT
 Ergotherapie
 Logopädie

Bitte Verordnungen beifügen oder zusätzlich für neurorehabilitative Sprechstunde anmelden.

Zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt

Praxis / Klinik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

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

Praxis / Klinik	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>

Anmeldeformular bitte per E-Mail senden an: neurolongcovid@kliniklengg.ch

Bitte folgende Unterlagen mitsenden:

- Allfällige Vorbefunde
- Untersuchungsergebnisse

1. Anmeldeformular auf Ihrem PC speichern.
2. Formular ausfüllen.
3. E-Mail-Programm öffnen.
4. Formular und Unterlagen als Anhang hinzufügen.