

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 Selbstzahler
 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

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.