

Patientenanmeldung – Schweizerische Epilepsie-Klinik

Name, Vorname
Adresse
PLZ / Ort / Kanton
Telefon

Geburtsdatum

--	--	--

Versicherungsstatus

Krankenversicherung
Unfallversicherung
Invalidenversicherung

Mitglied-Nr.

--

Mitglied-Nr.

--

Mitglied-Nr.

--

<input type="checkbox"/> Allgemein Krankheit	<input type="checkbox"/> Halbprivat Unfall	<input type="checkbox"/> Privat
---	---	---------------------------------

Zuweisender Arzt

Hausarzt / Pädiater

Diagnosen

--

Einweisungsgrund

--

<input type="checkbox"/> Ambulant
<input type="checkbox"/> Stationär

Bemerkung

--

Bitte senden Sie mit der Patientenanmeldung allfällige Vorbefunde und Untersuchungsergebnisse mit.

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel
