

Anmeldeformular für Ärzte SWRZ

Patientenangaben

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefonnummer Privat _____

Geschäft _____

E-Mail _____

Beruf/Tätigkeit _____

Geschlecht

männlich

weiblich

Einweisung

ambulant

stationär

regulär

dringend

Notfall

Termin vereinbart am: _____

bitte aufbieten

Röntgenbilder beiliegend

Berichtskopien beiliegend

Keine Röntgenbilder vorhanden

Diagnose

Fragestellung

Zuständige Versicherung

Name _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Mitglied-Nr. _____

Unfall-Nr. _____

Unterschrift + Stempel zuweisender Arzt

Versicherungsdeckung

- Wohnkanton (Grundversicherung)
- Allg. ganze Schweiz (Zusatzversicherung)
- Halbprivat Privat

Arbeitgeber nur bei Unfall anzugeben (vollständige Adresse)

Firma _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____