SPITAL ALTSTÄTTEN

SPITALREGION RHEINTAL
WERDENBERG SARGANSERLAND

Spitalzuweisung

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Wir freuen uns, dass Sie uns eine Patientin oder einen Patienten zur Behandlung zuweisen und möchten uns herzlich bedanken. Damit der administrative Aufwand auf ein Minimum reduziert wird, bitten wir Sie, die Patientin oder den Patienten mit diesem Formular bei uns anzumelden.

Patientin / Patient

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich
Strasse:
PLZ, Ort:
Telefon P: Telefon G:
Nationalität:
Konfession:
Zivilstand: ☐ ledig ☐ verh. ☐ gesch. ☐ verw.
Beruf:
Arbeitgeber:
Firma:
Adresse:

Anmeldung

☐ ambulant ☐ Medizin ☐ Handchirurgie
☐ Tagesklinik ☐ Chirurgie ☐ Geriatrie
☐ stationär ☐ Orthopädie ☐

Zuständige Versicherungen: _____
Versicherungsnummer: _____

☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat

Die Zuteilung der Ärzte erfolgt nach den betrieblichen Möglichkeiten und der Versicherungssituation des Patienten. Falls Sie die Behandlung durch einen speziellen Arzt wünschen, bitten wir Sie, dies im Folgenden zu vermerken:

☐ Krankheit ☐ Elektive Einweisung
☐ Unfall ☐ Notfalleinweisung

Problemstellung/Diagnose(n):

Zusatzerkrankungen

Medikamente

Beilagen:
☐ Röntgenbilder
☐ Labor
☐

Ort und Datum:

Stempel/Unterschrift