

Patienten-Anmeldeformular

Patienten-Nr. _____

Bitte mit Blockschrift ausfüllen.

Name:		Vorname:	
Lediger Name:		Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
PLZ und Wohnort:		Strasse:	
Telefon P:	Telefon G:	Natel:	
e-Mail-Adresse:			
Zivilstand:		Leben Sie mit einer oder mehreren Personen, zu denen Sie in einer familien-ähnlichen Beziehung stehen, im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf:	Arbeitgeber:		
Einweisender Arzt (Name und Adresse):			
Gesetzlicher Vertreter (Name und Adresse, Telefon-Nr.):			

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Kostenträger:

Adresse erster Kostenträger (z.B. Krankenkasse-Grundversicherung):

Name der Krankenkasse/Versicherung:	Versicherungsnummer:
PLZ und Ort:	Strasse:

Adresse zweiter Kostenträger (z.B. Krankenkasse-Zusatzversicherung):

Name der Krankenkasse/Versicherung:	Versicherungsnummer:
PLZ und Ort:	Strasse:

Wie sind Sie versichert?

- Allgemeine Abteilung
 Wohnkanton
 Ganze Schweiz
 Halbprivate Abteilung
 Private Abteilung