

Patientenanmeldung

Personalien (wie amtlich angemeldet gemäss ID, Pass, Ausländerausweis)

AHV-Nr.: _____ Pat.ID: _____

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ / Ort / Kanton: _____

Zivilstand: ☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Eingetragene Partnerschaft ☐ Geschieden ☐ Ausgetragene Partnerschaft ☐ Verwitwet

Telefon: Privat: _____ Mobil: _____ Geschäft: _____ **E-Mail:** _____

Versicherungsklasse (Für die präzise Registrierung der Anmeldung sind wir auf den Namen der Krankenkasse und den Versicherungsstatus der Patientin angewiesen.)

☐ Allgemein grundversichert ☐ Allgemein ganze CH ☐ Halbprivat ☐ Privat ☐ Spitalzusatzvers. amb. Eingriffe ☐ Selbstzahler:in

Grundversicherung (KVG)/Sektion: _____

Zusatzversicherung (VVG)/Sektion: _____

Versicherungskartennummer KVG: _____ Versicherungskartennummer VVG: _____

Dringlichkeit

☐ Notfall ☐ dringend (innerhalb 1 Woche) ☐ rasch (innerhalb 1–2 Wochen) ☐ nicht dringend

Zuweisungsgrund

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Diagnostische Abklärung bei Verdacht auf Mamma-CA | <input type="radio"/> Sekundäre Brustrekonstruktion |
| <input type="radio"/> Bekanntes Mamma-CA (Therapieplanung) | <input type="radio"/> Andere Brusterkrankung |
| <input type="radio"/> Implantatprobleme | <input type="radio"/> |

Diagnose / Fragestellung

Nebendiagnosen / Voroperationen

Bemerkungen

Name Zuweiser:in: _____ Kopie gewünscht, an: _____

Name Hausärzt:in: _____

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin / des anmeldenden Arztes

