

# 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

Diagnostische Abklärung bei Verdacht auf Mamma-CA  Sekundäre Brustrekonstruktion

Bekanntes Mamma-CA (Therapieplanung)  Andere Brusterkrankung

Implantatprobleme

## Diagnose / Fragestellung

## Nebendiagnosen / Voroperationen

## Bemerkungen

Name Zuweiser:in: \_\_\_\_\_ Kopie gewünscht, an: \_\_\_\_\_

Name Hausärzt:in: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin / des anmeldenden Arztes

