

Anmeldung stationärer Eintritt Privatklinik

Einweisende/r Arzt oder Ärztin / Einweisendes Spital

Institution

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Patient/in

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich männlich andere

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Versicherung

Grundversicherung

Versicherungsklasse

allgemein halbprivat privat Selbstzahler

AHV-Nr.

Zusatzversicherung

Einweisungsgrund

innert 24h

Wunschtermin:

Diagnosen / aktuelle Beschwerden / aktuelle Medikation / Ziel der Behandlung:

A large, empty, light gray rectangular area intended for the user to enter their medical information, including diagnoses, symptoms, medication, and treatment goals.

Besten Dank für Ihre Eingaben. Bitte speichern Sie das Formular und senden Sie es an:
privatklinik@upk.ch

Wir bitten Sie allfällige Befunde und andere Dokumente zusammen mit dem Formular zu senden
(max. 6MB pro Mail).