

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 rectangular area with a light gray background, intended for the user to enter their medical information.

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).