

Anmeldung Kinder-Permanence

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

AHV-Nr.: _____ Pat.ID: _____

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ Weibl. ☐ Männl.

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 oder des Patienten angewiesen.)

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

Grundversicherung (KVG) / Sektion: _____

Zusatzversicherung (VVG) / Sektion: _____

Versicherungskartennummer KVG: _____ Versicherungskartennummer VVG: _____

Zuweisungsgrund:

☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Vorsorge ☐ Andere: _____

Personalien Eltern:

Mutter → Name / Vorname: _____ **Vater** → Name / Vorname: _____

Telefon privat: _____ Telefon privat: _____

Mobil: _____ Mobil: _____

Termin:

☐ Patient:in bitte aufbieten ☐ Bereits angemeldet → Datum: _____ Zeit: _____

Gewünschte Untersuchung:

☐ Ultraschalldiagnostik: _____

☐ Anderes: _____

Anamnese / Klinische Angaben:

Bemerkungen:

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

Name Hausärzt:in: _____

Datum: _____

Stempel u. Unterschrift der anmeldenden Ärztin /
des anmeldenden Arztes