

Voranmeldung | [Postoperativ-/konservativ](#) | [Kriterienblatt für Kostengutsprache](#)

Wir melden folgende/n Patienten/in zur stationär-klinischen Behandlung an:
(alles Pflichtfelder)

Name:	Vorname:	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:	Telefon:
AHV-Nr.:	Geb.-Datum:	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Kostenträger 1:	Kostenträger 2:	
Gewünschtes Eintrittsdatum:	Vorgeschlagene Behandlungsdauer:	Wochen
<input type="checkbox"/> Privat-Abteilung	<input type="checkbox"/> Halbprivat-Abteilung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Abteilung
<input type="checkbox"/> 1er-Zimmer (mit Zuschlag)	<input type="checkbox"/> Suite (mit Zuschlag)	

**Hauptdiagnose/OP-
Datum:**

Operateur/behand. Arzt:

Wesentliche Nebenbefunde:

Bisherige Therapie:

Medikamente:

Hausarzt:

Wohn&soziale Situation:

Kommentar:

E-Mail Anhänge/Beilagen:

Ort Datum Name