

PATIENTENANMELDUNG

Anmeldung für Sprechstunden



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: Anmeldung@spital-schwyz.ch

Bitte Spezialformular verwenden bei Anmeldung für:

Diabetesberatung; Gastroenterologie; Osteodensitometrie; Schmerztherapie

Personalien

Name (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	Vorname <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile	T Geschäft

Krankenversicherung/Unfallversicherung inkl. Mitglieder-Nummer

Grund-/Zusatz-/Unfallversicherer <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> allgemein versichert <input type="checkbox"/> halbprivat versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
--	---

Informationen zum Eintritt / Gewünschte Sprechstunde

Fachgebiet <input type="checkbox"/> Endokrinologie/Diabetologie <input type="checkbox"/> Hämatologie <input type="checkbox"/> Infektiologie <input type="checkbox"/> Kardiologie <input type="checkbox"/> Liaisonspsychiatrie <input type="checkbox"/> Chirurgie Gewünschte/r Kaderarzt/-ärztin: <input type="checkbox"/> Anästhesie <input type="checkbox"/> Angiologie <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Gynäkologie / Geburtshilfe <input type="checkbox"/> notfallmässig <input type="checkbox"/> Röntgenbilder werden mitgegeben	<input type="checkbox"/> Nephrologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Onkologie <input type="checkbox"/> Pneumologie <input type="checkbox"/> Rheumatologie <input type="checkbox"/> Hebammensprechstunde <input type="checkbox"/> baldmöglichst <input type="checkbox"/> Berichte mitgesandt	Diverse Sprechstunden <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Palliative Care <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung <input type="checkbox"/> Wundambulatorium <input type="checkbox"/> Ambulante Stillberatung <input type="checkbox"/> gelegentlich
--	--	---

Hausarzt / Hausärztin

Einweisungsgrund

--

Anamnese / Befund

--

Bisherige Therapien, Medikamente, Dosierungen

--

Zuweisender Arzt / zuweisende Ärztin

Ort/Datum	Unterschrift und Stempel
-----------	--------------------------