

Patienten-Anmeldeformular

Bitte eingefügte Angaben kontrollieren und freie Felder mit Blockschrift ausfüllen. Besten Dank.

Name:		Vorname:	
Lediger Name:		Geburtsdatum:	Geschlecht:
PLZ und Wohnort:		Strasse:	
Telefon P:	Telefon G:	Mobile:	
e-Mail-Adresse:			
Zivilstand:		Leben Sie mit einer oder mehreren Personen, zu denen Sie in einer familien-ähnlichen Beziehung stehen, im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf:	Arbeitgeber:		
Hausarzt (Name und Adresse):			
Gesetzlicher Vertreter (Name und Adresse, Telefon-Nr.):			

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Krankenkasse (Grundversicherung):

Bitte unbedingt Ihre Krankenkassenkarte zum ersten Termin mitbringen. Besten Dank.

Name der Krankenkasse/Versicherung:	Versichertennummer:
Ort:	

Wie sind Sie versichert?

- Allgemeine Abteilung
 Wohnkanton
 Ganze Schweiz
 Halbprivate Abteilung
 Private Abteilung