



## Anmeldung

Name\*

\_\_\_\_\_

Vorname\*

\_\_\_\_\_

Strasse und Nr\*

\_\_\_\_\_

PLZ\*

\_\_\_\_\_

Ort\*

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

Telefon\*

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum\*

\_\_\_\_\_

AHV-Nummer\*

\_\_\_\_\_

Versicherungs-Nummer\*

\_\_\_\_\_

Grund der Anmeldung\*

PatientIn ist\*

Zu Hause  in der Klinik  Im Akutspital

Wer hat die Anmeldung durchgeführt?\*

\_\_\_\_\_

Verordnender Arzt\*

\_\_\_\_\_

Zu kontaktierende Bezugsperson

\_\_\_\_\_

Weitere Informationen

Mit der Unterschrift stimme ich der Datenschutzerklärung auf der Webseite zu\*

\_\_\_\_\_