

Anmeldung Klinik für Orthopädie, Traumatologie & Handchirurgie

Terminwunsch / Dringlichkeit _____

Patientendaten:

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____
 PLZ/ Ort: _____
 Telefon: _____

Zuweisende(r) Ärztin /Arzt
(Stempel und Unterschrift):

Datum: _____

Kostenträger:

Grundversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____
 Zusatzversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P
 Unfallversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____ A HP P

Um den Patienten beim Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt anzubieten, bitten wir Sie, die Versicherungsangaben komplett auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.

Gewünschte Behandlung Fuss-Sprechstunde Schulter-/Ellbogensprechstunde Hüft-/Kniesprechstunde
 Traumatologie/Unfallchirurgie Handchirurgie

Anamnese:

Fragestellung: