

Formular Selbstzuweisung Chirurgie

(Seite 1/2)

Persönliche Angaben:

Geschlecht: männlich weiblich

Name:

Vorname:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Festnetz Tel:

E-Mail:

Mobil Tel:

AHV-Nr.:

Grund der Behandlung (Krankheit oder Unfall)

Krankheit

Versicherungsstatus: Allgemein Privat
 Halbprivat Selbstzahler

Name der Krankenkasse:

Karten-Nr. auf Krankenkassenversichertenkarte:

Sind Sie im Hausarztmodell versichert? Ja Nein

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

Waren Sie bereits im Spital Frutigen? Ja Nein

Unfall

Unfalldatum:

Versicherungsstatus: Allgemein Halbprivat Privat Selbstzahler

Name der Unfallversicherung:

Schadens-Nr. (Unfallversicherung/
Militärversicherung) oder Verfügungs-
Nr. (IV) oder Police-Nr.:

Formular Selbstzuweisung Chirurgie

(Seite 2/2)

Sind Sie berufstätig? Ja Nein

Ausübter Beruf:

Pensum in %

Name, Adresse,
PLZ / Ort und
Telefonnummer des
Arbeitgebers

Beschwerden und/oder
Grund der Zuweisung:

Haben Sie ein elektronisches Patientendossier (EPD)? Ja* Nein

* Wenn ja, möchten Sie den folgenden Fall dem EPD anfügen? Ja Nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?
(Name und Dosierung)

Bemerkungen:

Ort/Datum

Unterschrift

Mit der Zustellung dieses Formulars akzeptieren Sie unsere Datenschutzbestimmungen. Diese sind komplett einzusehen auf:
<https://www.gesundheitszentrum-karger.ch/datenschutzerklaerung>

Wir bitten Sie, alle vorhandenen Dokumente (Arztberichte, Laborbefunde, Röntgenaufnahmen etc.) mitzuschicken und zum Termin mitzubringen.
Nach der Einsendung des Formulars werden Sie so schnell als möglich aufbieten.