



Anmeldung für klinisch-stationäre Behandlung / Rehabilitation

Bitte alle Felder ausfüllen!

Name/Vorname:	_____	Geb.-Datum:	_____
Strasse:	_____	Tel. P:	_____
PLZ: / Ort:	_____	Tel. M:	_____
		Tel. G:	_____
Zivilstand:	_____	Nationalität:	_____
Angehörige \ gesetzliche Vertreter	_____	Konfession:	_____
		Heimatort:	_____
		Beruf:	_____
Arbeitgeber:	_____	Adresse des Arbeitgeber:	_____

Hausarzt:	_____	Adresse des Hausarzt:	_____

Einweisung zur:

- muskuloskeletale Rehabilitation Neurorehabilitation
 internistisch/onkologisch Rehabilitation Geriatrische Rehabilitation

- Krankheit provisorisches Eintrittsdatum: _____ **(definitives Eintrittsdatum wird von uns bestätigt)**
 Unfall geplante Aufenthaltsdauer: _____

Versicherung:

Grundversicherung: _____ Vers. Nr.: _____
Zusatzversicherung: _____ Vers. Nr.: _____

Versicherungsstatus: allgemein halbprivat privat
Kostengutsprache Krankenkasse eingereicht: Ja Nein
Kostengutsprache Kantonsarzt eingereicht: Ja Nein

- Upgrade 1er-Zimmer (mit Zuschlag)



Einweisungsdiagnose:

Wichtige Nebendiagnosen:

Behandlungsziel:

Die Kopie dieses ausgefüllten Formulars
gilt als Kostengutsprache gesuch.

Adresse, Tel.Nr.,
Unterschrift des
einweisenden Arztes:

Bitte füllen Sie das Zusatzblatt zur Anmeldung aus