



Datenblatt Patienten*innen

Bitte alle Angaben vollständig ausfüllen und unterzeichnen

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	OP Datum:	_____
		Geb. Datum:	_____
Name:	_____	Vorname:	_____
		<small>(Bei Kindern auch Vorname der Eltern)</small>	
Strasse:	_____		
PLZ/Ort:	_____		
Tel Privat:	_____	Tel Geschäftlich:	_____
Handy:	_____	E-Mail:	_____
Beruf:	_____	Arbeitskanton:	_____
Arbeitgeber*in:	_____		
Krankenkasse:	_____	Vers. Nr:	_____
<small>(Kopie der Krankenkassenkarte)</small>			
Zusatzversicherung:	_____	Vers. Nr:	_____
<small>(Kopie der Krankenkassenkarte)</small>			
Private/Unfall/IV:	_____	Vers. Nr:	_____
<small>(Kopie Krankenkassenkarte/Unfallschein/Verfügungsnummer)</small>			
Vers. Klasse:	<input type="checkbox"/> Privat / 1. Klasse / 1 Bett	<input type="checkbox"/> Halbprivat / 2. Klasse / 2 Bett	
	<input type="checkbox"/> Allgemein / 3. Klasse / 3 Bett	<input type="checkbox"/> inkl. Zusatz ganze Schweiz	
Hausarzt/-ärztin:	_____		

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben (inkl. Versicherungskategorie) und erteile der Ergolz Klinik die Vollmacht, Auskünfte bei/an Krankenkassen oder medizinischen Stellen einzuholen und/oder zu erteilen.

Ort / Datum

Unterschrift Patient*in