



## Zuweisungsformular für Patienten

### Allgemeine Angaben

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

- weiblich  
 männlich

Religion/Konfession

- reformiert  röm.-kath.  
 andere:

Sprache

Beruf

Adresse

Strasse/Nummer

PLZ/Ort

Kanton/Land

Telefon Privat

E-Mail

Anamnese und aktuelle Beschwerden

Verdachtsdiagnose

Fragestellung und Bemerkungen

Angaben zu Ihrer Versicherung

Versicherungsdeckung

- Allgemein Wohnkanton  
 Allgemein ganze Schweiz  
 Halbprivat  
 Privat
- Privat für 2-Bett-Zimmer  
 Selbstzahler

## Grundversicherung

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung/Ort

\_\_\_\_\_  
Police-Nummer

---

## Unfallversicherung, nur falls relevant

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung/Ort

\_\_\_\_\_  
Police-Nummer

\_\_\_\_\_  
Unfall-Nummer

\_\_\_\_\_  
Betriebs-Nummer

\_\_\_\_\_  
Unfallort

\_\_\_\_\_  
Unfalldatum

- 
- Invalidenversicherung**, nur falls relevant
  - Militärversicherung**, falls relevant
  - weitere**

\_\_\_\_\_  
Verfügungs-Nummer

\_\_\_\_\_  
AHV-Nr./Neue Sozialversicherungs-Nr.

---

## Zusatzversicherung

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung/Ort

\_\_\_\_\_  
Policen-Nummer

---

## Name/Adresse des Hausarztes

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

---

## Name/Adresse des einweisenden Arztes/Spitals

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

---

## Abweichende Rechnungsadresse

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort