

Patient*innen-Datenblatt

OP Datum _____

1. Personalien

Vorname _____ Name _____

Titel _____ Geschlecht w m d

Geb. Datum _____ Nationalität _____

Tel. Privat _____

Tel. Gesch. _____ Mobile _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber*in _____

Arbeitskanton _____

Erwerbstätigkeit angestellt selbstständig pensioniert

2. Kontaktperson

Vorname _____ Name _____

Mobile _____

3. Versicherungs- und medizinische Daten

Krankenkasse _____ Vers. Nr. _____
(Kopie der Krakenkassenkarte)

Zusatzvers. _____ Vers. Nr. _____
(Kopie der Krakenkassenkarte)

Private/Unfall/IV _____ Vers. Nr. _____
(Kopie Krankenkassenkarte/Unfallschein/Verfügungsnummer)

Versicherungsklasse Privat / 1. Klasse / 1 Bett Halbprivat / 2. Klasse / 2 Bett
 Allgemein / 3. Klasse / 3 Bett inkl. Zusatz ganze Schweiz

Hausarzt*in _____

4. Einwilligung

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