

Anmeldung für Integrativen Hüft- und Kniegelenkersatz

Anmeldender Arzt

Anmeldedatum

Gewünschter Termin (ca.)

Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:

Name	Geschlecht
Vorname	Zivilstand
Geb.Dat.	Telefon
Adresse	E-Mail
PLZ Ort	AHV-Nr.

Krankenversicherung	Versicherten-Nr.
Zusatzversicherung	Versicherten-Nr.
Spitalversicherung	Zimmerkomfort
Schadensart	

Problem | jetziges Leiden

Für ausführlichere Angaben bitte **Seite 2** benutzen oder separates Schreiben beilegen.
Bitte **Befunde relevanter Voruntersuchungen** wie Labor, **Röntgen** und spezialärztliche Berichte beilegen.

Fragestellung

Aktuelle Medikation (bitte Kopie der Medikamentenkarte beilegen)