



Anmeldung zur Hospitalisation/Tagesklinik

Nachbestellung Anmeldeformular _____ Stück

Sekretariat Medizin Fax 055 418 52 34
Tagesarzt Medizin Fax 055 418 55 07

PatientIn

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Geburtsdatum _____
Krankenkasse _____
Telefon _____

Eintrittsdatum _____

notfallmässig
elektiv

gem. tel. Absprache mit Dr. Stäuble
Dr. Schlimbach
Dr. Picozzi
Dr. Streuli
Tagesarzt

Hospitalisation

Tagesklinik

zur

- Ec Transfusion _____ Ec
- Venofer® Infusion _____ Ampullen á 100 mg
- Antibiotika Infusion _____
- Mabthera® Therapie _____
- Remicade® _____
- Chemotherapie Verordnungen beiliegend
- Elektrokonversion Verordnungen folgen
- Schmerztherapie _____

Indikation/Fragestellung

Aktuelle Medikation

Dosierung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Aktuelle Medikation

Dosierung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Einweisender Arzt

Hausarzt

Einsiedeln, den

_____ Datum