

Anmeldung für Hospitalisation/Tagesklinik

Senden an: F +41 55 418 52 34

Patient/in

Name/Vorname _____
 Strasse/Nummer _____
 PLZ/Wohnort _____
 Geburtsdatum _____
 Krankenkasse _____
 Telefon _____

Eintrittsdatum _____

- Notfallmässig
 Elektiv

Gemäss telefonischer
Absprache mit _____

Hospitalisation

Allgemein HP P

Tagesklinik

Aclasta® _____
 Mabthera® _____
 Remicade® _____
 Ec Transfusion _____ Ec
 Ferrinject® _____ KI à 500mg

Infusion _____

Chemotherapie Verordnungen beiliegend Verordnungen folgen

Elektrokonversion _____
 Schmerztherapie _____

Indikation/Fragestellung

Labor

Hämatogramm V
 CRP
 Kreatinin
 Harnstoff
 UST
 Ferritin

Aktuelle Medikation (anamnestisch)

Dosierung

Dosierung

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Zuweisender Arzt

Hausarzt

Ort/Datum _____