

Ärztliches Einweisungszeugnis zur Erholungskur

Patient

Frau Herr

Vorname

Nachname

Strasse

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Telefon privat

Telefon mobil

E-Mail

Eintrittstermin

Geplante Aufenthaltsdauer

Einzelzimmer (nach Verfügbarkeit)

Nach Rücksprache

Doppelzimmer (nach Verfügbarkeit)

Nach Rücksprache

Zusätzliche Angaben

Begleitperson

- Ja, im Einzelzimmer
- Ja, im Doppelzimmer mit Patient
- Nein

Krankenkasse/Unfallversicherung (Patient)

Name

Versicherungsnummer

AHV-Nummer

Hauptdiagnose/ICD/O

Nebendiagnosen

Zuweiser

Name/Praxis/Spital

Strasse

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

Fax

E-Mail

Datum

Unterschrift/Stempel Zuweiser

(Elektronisch erstellte und gesandte Dokumente gelten als visiert und rechtsverbindlich gültig).

Dieses Formular beinhaltet sehr schützenswerte Daten, bitte schützen Sie diese und senden Sie diese nur mit E-Mail-Verschlüsselung (z.B. HIN) oder per Fax oder Post.