

Rehaklinik Dussnang AG Kurhausstrasse 34 | CH-8374 Dussnang

Patientenadministration T+41 71 978 60 52 bettenmanagement@rehaklinik-dussnang.ch www.rehaklinik-dussnang.ch

Ärztliches Einweisungszeugnis Kuraufenthalt

Anrede:	□ Frau	□ Mann	□ divers		
Name:					
Vorname:					
Geburtsdatum:					
Adresse:					
PLZ/Ort:					
Telefon:					
Mobile:					
E-Mail:					
Sprache:					
Zivilstand:					
Aufenthalt					
Gewünschtes Eintrittsc	datum:				
Geplante Aufenthaltsda	auer:				
Zimmerwunsch:					
Versicherungsstatus					
Versicherungstyp:	□ Allgemein	⊔Ha	albprivat	□ Privat	
Krankenkasse/Unfally	versicherung				
Name:					
Versicherungsnummer	:				
AHV-Nummer:					





Zusatzversicherung		
Name:		
Versicherungsnummer:		
Diagnose		
Hauptdiagnose/ICD/O:		
Nebendiagnosen:		



Zuweisende Stelle			
Name/Praxis/Spital:			
Adresse:			
PLZ/Ort:			
Telefon/Fax:			
E-Mail:			
Mail (Security-Mail): □ Ja	a □ Nein		
Unterschrift/Stempel zuweis	ende Stelle		
Datum:			
Unterschrift			
zuweisende Stelle:			
Allo Angohon aind zur Weiterle	eitung an die Krankenkasse/Kosten	träger vergeeehen	
Alle Aligaberi Siriu zur Weiterte	itung an die Krankenkasse/Kosten	trager vorgeserien.	