

Ärztliches Einweisungszeugnis Kuraufenthalt

Anrede: ☐ Frau ☐ Mann ☐ divers

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobile:

E-Mail:

Sprache:

Zivilstand:

Aufenthalt

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Geplante Aufenthaltsdauer:

Zimmerwunsch:

VersicherungsstatusVersicherungstyp: ☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat**Krankenkasse/Unfallversicherung**

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 ☐ Nein**Unterschrift/Stempel zuweisende Stelle**

Datum:

Unterschrift
zuweisende Stelle:

Alle Angaben sind zur Weiterleitung an die Krankenkasse/Kostenträger vorgesehen.