

## Patientenanmeldung ambulant

Ambulatorium Aarau     Ambulatorium Rheinfelden

### Absender/Zuweisender

Titel \_\_\_\_\_ Facharzt \_\_\_\_\_

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Angaben zu Ihrer Patientin/Ihrem Patienten

Vorname/Name \_\_\_\_\_

Strasse/Nummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus     allgemein     halbprivat     privat     Selbstzahler

Versicherung \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Behandlungsgrund     Krankheit     Unfall



Diagnose

---

---

---

---

---

---

Befund und bisherige Behandlungen

---

---

---

---

---

Medikamente

---

---

---

---

---

Beilagen

---

---

---

---

---

Ist Ihr Patient einem Hausarztmodell angeschlossen, bitten wir Sie um die Angabe, ob der Hausarzt über die bevorstehende ambulante Behandlung bereits informiert ist:  ja  nein

Namen des Arztes

---

Praxisanschrift

---

Datum

Unterschrift

---

**Klinik Schützen Rheinfelden**

**Psychosomatik | Psychiatrie | Psychotherapie**

Ambulatorium Rheinfelden, Stadtweg 4, CH-4310 Rheinfelden, Telefon 061 836 99 00, Fax 061 836 99 09  
ambulatorium-rheinfelden@klinikschoetzen.ch, www.klinikschoetzen.ch

Ambulatorium Aarau, Schanzweg 7, CH-5000 Aarau, Telefon 062 836 77 33, Fax 062 836 77 34  
ambulatorium-aarau@klinikschoetzen.ch