

Patientenanmeldung ambulant

Ambulatorium Aarau Ambulatorium Rheinfelden

Absender/Zuweisender

Titel _____ Facharzt _____

Vorname/Name _____

Strasse/Nummer _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ 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, Kaiserstrasse 21, CH-4310 Rheinfelden, T 061 836 99 00

ambulatorium-rheinfelden@klinikschoetzen.ch, klinikschoetzen.ch

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