

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

Klinik Schützen Rheinfelden Psychosomatik | Psychiatrie | Psychotherapie

Ambulatorium Rheinfelden
Kaiserstrasse 21 | CH-4310 Rheinfelden | T 061 836 99 00 | ambulatorium-rheinfelden@klinikschoetzen.ch

Ambulatorium Aarau
«Gleis 0», Bahnhofplatz 3H | CH-5000 Aarau | T 058 255 44 44 | ambulatorium-aarau@klinikschoetzen.ch
klinikschoetzen.ch

Diagnosen (psychiatrisch, somatisch soweit bekannt)

Befund und bisherige Behandlungen

Medikamente (psychiatrisch, somatisch soweit bekannt)

Beilagen

Ist Ihre Patientin / Ihr Patient einem Hausarztmodell angeschlossen, bitten wir Sie um die Angabe, ob der Hausarzt über die bevorstehenden ambulante Behandlung bereits informiert ist:

ja nein

Namen des Arztes

Praxisanschrift

Datum

Unterschrift
