



Datenblatt Patienten*innen

Bitte alle Angaben vollständig ausfüllen und unterzeichnen

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	OP Datum: _____
		Geb. Datum: _____
Name: _____	Vorname: _____ (Bei Kindern auch Vorname der Eltern)	
Strasse: _____		
PLZ/Ort: _____		
Tel Privat: _____	Tel Geschäftlich: _____	
Handy: _____	E-Mail: _____	
Beruf: _____	Arbeitskanton: _____	
Arbeitgeber*in: _____		
Krankenkasse: _____ (Kopie der Krankenkassenkarte)	Vers. Nr: _____	
Zusatzversicherung: _____ (Kopie der Krankenkassenkarte)	Vers. Nr: _____	
Private/Unfall/IV: _____ (Kopie Krankenkassenkarte/Unfallschein/Verfügungsnummer)	Vers. Nr: _____	
Vers. Klasse: <input type="checkbox"/> Privat / 1. Klasse / 1 Bett	<input type="checkbox"/> Halbprivat / 2. Klasse / 2 Bett	
<input type="checkbox"/> Allgemein / 3. Klasse / 3 Bett	<input type="checkbox"/> inkl. Zusatz ganze Schweiz	
Hausarzt/-ärztin: _____		

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben (inkl. Versicherungskategorie) und erteile der Ergolz Klinik die Vollmacht, Auskünfte bei/an Krankenkassen oder medizinischen Stellen einzuholen und/oder zu erteilen.

Ort / Datum

Unterschrift Patient*in