

Anmeldung

Personalien PatientIn		Kostenträger	
Name	<input type="text"/>	Vers.-Nr.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Fall-Nr.	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Falldatum	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>	Versicherung	
Geburtsstag	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>
AHV-Nr.	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Tel. / Mobil	<input type="text"/>	Strasse	<input type="text"/>
		PLZ Ort	<input type="text"/>
		GLN	<input type="text"/>

Arbeitgeber	Abklärungen
Name	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>

Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Allgemein CH	<input type="checkbox"/> Upgrade
Termin-Angaben	<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> Warteliste	<input type="checkbox"/> Wunschdatum: <input type="text"/>		
Eintritt	<input type="text"/>	Zeit	<input type="text"/>	OP-Termin	<input type="text"/>
Aufenthalt	ca. <input type="text"/> Tage	OP-Dauer	ca. <input type="text"/> min		
Behandelnder Arzt	Assistenzarzt				
Name	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>		
Hausarzt	Name <input type="text"/>		Tel.	<input type="text"/>	GLN <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		Fax	<input type="text"/>	ZSR <input type="text"/>
Zuweisender Arzt/Ärztin	Name <input type="text"/>		Tel.	<input type="text"/>	GLN <input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		Fax	<input type="text"/>	ZSR <input type="text"/>

Diagnose	ICD-10 Code <input type="text"/>	Ersatzdiagnose <input type="text"/>
<input type="text"/>		

Operation
<input type="text"/>

Mit nebenstehendem Knopf «Daten senden» können Sie das Dokument elektronisch an die Klinik Seeschau schicken.