**Anmeldeformular elektive Hospitalisation Medizin**

|  |  |
| --- | --- |
| **Telefon:** 071 914 63 85 | **E-Mail:** medizin.wil@srft.ch |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/in:**  |  |
| Name:       | Vorname:       |
| Geburtsdatum:       |  |
| Strasse, Nr:       | PLZ, Ort:       |
| Telefon / Natel:       | Telefon G:       |
| Garant:       | [ ]  allgemein [ ]  halbprivat [ ]  privat |
| [ ]  Krankheit [ ]  Unfall Unfalldatum:       | Tessiner Code:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dringlichkeit:** [ ]  < 48h[ ]  Innert 3-5 Tage[ ]  Innert Wochenfrist[ ]        | **Diverses:**[ ]  Eintrittstermin vereinbart auf:      [ ]  Aufgebot durch Spital[ ]  Dolmetscher notwendig |

**Einweisungsgrund:**

**Anamnese / Befunde:**

**Weitere Diagnosen:**

**Medikamente:**

**Allergien:**

**Frühere Hospitalisationen:**

**Bemerkungen:**

**Datum:**       **Zuweisender Arzt:**       **Hausarzt:**

(Stempel und Unterschrift)