**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)