

# PATIENTENANMELDUNG

## Anmeldung für Sprechstunden



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: [Anmeldung@spital-schwyz.ch](mailto:Anmeldung@spital-schwyz.ch)

**Bitte Spezialformular verwenden bei Anmeldung für:**

*Diabetesberatung; Gastroenterologie; Osteodensitometrie; Schmerztherapie*

### Personalien

<b>Name</b> (auch Doppelname, z.B. Meier-Müller)	<b>Vorname</b> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<b>Geburtsdatum</b>
Adresse/PLZ/Ort	T Privat T Mobile	T Geschäft

### Krankenversicherung/Unfallversicherung inkl. Mitglieder-Nummer

<b>Grund-/Zusatz-/Unfallversicherer</b> <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> allgemein versichert <input type="checkbox"/> halbprivat versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
--	---

### Informationen zum Eintritt / Gewünschte Sprechstunde

<b>Fachgebiet</b> <input type="checkbox"/> Endokrinologie/Diabetologie <input type="checkbox"/> Hämatologie <input type="checkbox"/> Infektiologie <input type="checkbox"/> Kardiologie <input type="checkbox"/> Liaisonspsychiatrie <input type="checkbox"/> Chirurgie Gewünschte/r Kaderarzt/-ärztin: <input type="checkbox"/> Anästhesie <input type="checkbox"/> Angiologie <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Gynäkologie / Geburtshilfe <input type="checkbox"/> notfallmässig <input type="checkbox"/> Röntgenbilder werden mitgegeben	<input type="checkbox"/> Nephrologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Onkologie <input type="checkbox"/> Pneumologie <input type="checkbox"/> Rheumatologie <input type="checkbox"/> Hebammensprechstunde <input type="checkbox"/> baldmöglichst <input type="checkbox"/> Berichte mitgesandt	<b>Diverse Sprechstunden</b> <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Palliative Care <input type="checkbox"/> Ultraschalluntersuchung <input type="checkbox"/> Wundambulatorium <input type="checkbox"/> Ambulante Stillberatung <input type="checkbox"/> gelegentlich
--	--	---

Hausarzt / Hausärztin
-----------------------

### Einweisungsgrund

--

### Anamnese / Befund

--

### Bisherige Therapien, Medikamente, Dosierungen

--

### Zuweisender Arzt / zuweisende Ärztin

Ort/Datum	Unterschrift und Stempel
-----------	--------------------------