

Angaben für Klinikeintritt

Das Formular bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden an:
anmeldung@kliniken-valens.ch

Patient /Patientin

Name _____	Geburtsdatum _____
Vorname _____	Steuerrechtlicher Wohnsitz _____
Strasse _____	Geschlecht _____
PLZ/Ort _____	Zivilstand _____ Konfession _____
Kanton/Land _____	Muttersprache _____
Telefon privat _____	Beruf _____
Telefon mobil _____	E-Mail-Adresse _____
AHV-Nummer _____	

Arbeitgeber

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Nächste Angehörige

Name / Vorname _____

Strasse / PLZ/Ort _____

Verwandtschaftsgrad _____

Telefon privat _____

Telefon mobil _____

Versicherungsstatus

Allgemein nur Wohnkanton (Mehrbettzimmer)

Allgemein ganze Schweiz (Mehrbettzimmer)

Halbprivat (Zweibettzimmer)

Privat (Einbettzimmer)

Wenn allgemein versicherte Patienten auf eigenen Wunsch ein Zweibettzimmer beanspruchen wollen, wird ein Zimmerzuschlag zulasten Patienten erhoben

Wenn halbprivat versicherte Patienten auf eigenen Wunsch ein Einbettzimmer beanspruchen wollen, wird ein Zimmerzuschlag zulasten Patienten erhoben

Spitaleintritt möglich ab _____ jederzeit _____ mögliche Daten _____

Krankenkasse/Unfallversicherung

Name _____

Adresse _____

Versicherungs-Nr. _____

Zusatzversicherung

Name _____

Adresse _____

Versicherungs-Nr. _____

Hausarzt /-ärztin

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Zuweisende/r Arzt /Ärztin

Name _____

Adresse _____

Telefon _____

Ort, Datum _____ Name _____