

ANMELDEFORMULAR

Anmeldung durch:

Selbstanmeldung Zuweiser/in

Patientendaten

Anrede:

Herr Frau Divers

Vorname, Nachname:

Geburtsdatum:

PLZ/Ort:

Strasse:

Land:

E-Mail:

Telefonnummer:

Hausarzt:

Versicherungsangaben

Versicherungsklasse:

Allgemein Halbprivat Privat
 Flex (HP und/oder P) Selbstzahlender

Grundversicherung:

Versicherten-Nummer:

Spital-Zusatzversicherung: ja

nein

Versicherten-Nummer:

Name Zusatzversicherung:

Grund der Zuweisung:

Psychotherapie

Aktuell laufende ambulante Psychotherapie?

ja

nein

Name des/der ambulanten
Psychotherapeuten/in:

Klinik-/Spitalaufenthalt

Frühere psychiatrische Hospitalisationen?

ja*

nein

*Falls vorhanden, senden Sie uns bitte die Unterlagen des letzten Aufenthaltes mit der Anmeldung zu.

Name der Klinik / des Spitals

Zeitpunkt des
Aufenthaltes:

Medikamente

Aktuelle Medikation vorhanden?

ja

nein

Medikamentenauflistung:

Zuweiserdaten

Klinik/Praxis:

Anrede/Titel:

Vorname, Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Gewünschtes
Eintrittsdatum:

Wie sind Sie auf uns
aufmerksam geworden?

Vielen Dank für Ihre Anmeldung. Bitte senden Sie das Formular an anmeldung@clinicum-alpinum.li
Wir werden so rasch als möglich mit den Patienten Kontakt aufnehmen. Sollten Sie zwischenzeitlich
Fragen haben, kontaktieren Sie uns bitte unter +423 23 88 500.