

FRAGEBOGEN

Zur Ergänzung Ihrer Krankengeschichte benötigen wir die untenstehenden Angaben. Wir bitten Sie, den Fragebogen in Blockschrift auszufüllen und am Eintrittstag an der Réception abzugeben.

	Eintritt Klinik Gais: _____
Name: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	PLZ/Ort: _____
Tel. Privat: _____	Tel. G: _____
Geburtsdatum: _____	Konfession: _____
Zivilstand: _____	Heimatort: _____
Arbeitgeber: _____	Muttersprache: _____

Angehörige I
 Name/Vorname: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____

Angehörige II
 Name/Vorname: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____

Einweisender Arzt: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____

Hausarzt: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____

Bitte Kopie Austrittsbericht an Hausarzt senden!

Krankenversicherung: _____ **Vers.Nr.** _____

Zusatzversicherung: _____ **Vers.Nr.** _____

Sind Sie gesamtschweizerisch versichert? JA / NEIN (entsprechendes bitte markieren)

Allfälliger letzter Aufenthalt in Gais vom _____ bis _____

Die Klinik Gais ist berechtigt, sämtliche im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung relevanten medizinischen Daten an das medizinische Fallmanagement der Krankenversicherung weiterzuleiten.

Datum: _____

Einverständnis/Richtigkeit der Angaben - Unterschrift: _____