



## Anmeldung

Name\*

---

Vorname\*

---

Strasse und Nr\*

---

PLZ\*

---

Ort\*

---

E-Mail

---

Telefon\*

---

Geburtsdatum\*

---

AHV-Nummer\*

---

Versicherungs-Nummer\*

---

Grund der Anmeldung\*

PatientIn ist\*

Zu Hause  in der Klinik  Im Akutspital

Wer hat die Anmeldung durchgeführt?\*

---

Verordnender Arzt\*

---

Zu kontaktierende Bezugsperson

---

Weitere Informationen

Mit der Unterschrift stimme ich der Datenschutzerklärung auf der Webseite zu\*

---