

Anmeldeformular für ambulante Behandlung in den Ambulatorien

Personalien Patientin / Patient

Name		Geb. Datum	
Vorname		Mobile Nr.	
Adresse		Tel. Nr.	
PLZ / Ort		E-Mail	
Krankenkasse		Versicherungs-Nr.	
Karten-Nr.			

- ☐ Ambulatorium Bern 033 972 85 50 / ambulatorium.bern@privatklinik-meiringen.ch
☐ Ambulatorium Interlaken 033 972 85 51 / ambulatorium.interlaken@privatklinik-meiringen.ch
☐ Ambulatorium Meiringen 033 972 85 51 / ambulatorium.meiringen@privatklinik-meiringen.ch

Diagnose(n)

.....
.....
.....

Aktuelle Situation und Behandlungsauftrag (Arztberichte als Beilage, falls vorhanden)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aktuelle Medikation

.....
.....

Angaben Zuweiser/Institution
(inkl. Direktwahl Telefon und E-Mail)

Datum

.....