

Einweisungszeugnis für Clinica Holistica Engiadina, Plaz 40, 7542 Susch

→ bitte direkt zustellen per Post oder per Mail an arztsekretariat@clinica-holistica.ch

Bitte senden Sie uns eine aktuelle somatische Diagnose- und Medikationsliste Ihres/r PatientIn. Diese erhalten Sie ggf. beim Hausarzt / der Hausärztin Ihres/r PatientIn.

Zuweiser

Titel/Name/Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort/Kanton _____

Telefon _____

E-Mail _____

GLN-Nr. _____ ZSR-Nr. _____

Patient

Name/Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort/Kanton _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Email _____ Mobile _____

Krankenkasse KVG _____ Vers. Nr. _____

Krankenkasse VVG _____ Vers. Nr. _____

Klasse Allgemein Halbprivat

Allgemein ganze Schweiz Privat

Einweisungsgrund / Begründung Spitalbedürftigkeit

Diagnosen (ICD-10F...)

Behandlungsauftrag

Bisherige ambulante Therapien

Aktuelle Medikation mit Dosierung

Anmeldung Vorgespräch Plus: Ich habe mit dem/der PatientIn den Schläfrigkeitsfragebogen ESS und STOP BANG ausgefüllt und es besteht eine Indikation zur Schlafabklärung. Hiermit bestätige ich, dass ich den Fragebogen mitschicke oder dem/der PatientIn mitgeben werde.

Datum

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes
