

## Anmeldung Allgemein

---

### Angaben zum Patienten

Name		Strasse
Vorname		PLZ/Ort
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> w* <input type="checkbox"/> m*	Tel. Privat/Mobil
Arbeitgeber/in		Krankenkasse
		andere

\* Erfragung des biologischen Geschlechts, da dieses für Diagnose und Behandlung relevant sein kann.

---

### Angaben zur Anmeldung

Eintrittsdatum	Eintrittszeit
Fachbereich	
Art	Aufenthalt
Versicherungsart	

---

### Detailinformationen

Diagnose(n)

ICD Code

Nebendiagnose(n)

Anamnese  
(Einweisungsgrund)

Medikamente

Procedere  
(Therapie)

Besonderes  
(PEG, Cystofix, usw.)

Röntgen

Labor

Aufnahme/Status durch LLS

EKG

### Anmerkungen

---

Beh. Arzt/Ärztin

Sonstige

Einw. Arzt/Ärztin

Datum

Hausarzt/-ärztin

Signatur

### Kontakt bei Fragen und Informationen

Telefon +423 235 45 40

Fax +423 235 45 42

[anmeldung@landesspital.li](mailto:anmeldung@landesspital.li)

Bitte senden Sie das Formular per E-Mail an: [anmeldung@landesspital.li](mailto:anmeldung@landesspital.li)