

## Anmeldung Ambulatorium

---

### Angaben zum Patienten

Name Strasse

Vorname PLZ/Ort

Geburtsdatum  w\*  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  Bitte aufbieten

Fachbereich

Art

---

### Detailinformationen

Diagnose(n)

ICD Code

Neben-  
diagnose(n)

Medikamente

Antikoaguliert

---

### Anmerkungen

---

Beh. Arzt/Ärztin	Sonstige
Einw. Arzt/Ärztin	Datum
Hausarzt/-ärztin	Signatur

### Kontakt bei Fragen und Informationen

Telefon +423 235 44 69

Fax +423 235 45 41

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

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