

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

Bitte senden Sie das Formular per E-Mail an: ambulatorien@landesspital.li