

Eintrittsdisziplin:

PID: _____

Liebe Eltern - Ihr Kind soll demnächst bei uns im Kinderspital untersucht oder behandelt werden. Um den administrativen Aufwand und eine evtl. Wartezeit so gering wie möglich zu halten, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Wenn Ihr Kind nicht schon innerhalb der letzten 12 Monate bei uns war, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und ihn mit beiliegendem vorfrankiertem Couvert zurückzuschicken. Besten Dank!

Termin: _____

ambulant stationär

Geschlecht: weiblich weiblich

Med. Chir.

Name _____

Vorname _____

Geburstag _____

Nationalität _____

Eltern

Vater

Name / Vorname _____

Mutter

Lediger Name & Vorname _____

Jahrgang _____

Jahrgang _____

Beruf _____

Beruf _____

Strasse _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

  -Privat _____

 -Mobile _____

Konfession / Religion

röm.-kath. christ.-kath. Freikirche Israelitisch Hindu andere keine Angaben
 evang. ref. orthodox Zeugen Jehovas Moslem Buddhistisch konfessionslos

Darf die Pfarrei- / Gemeindegemeinschaft Ihr Kind besuchen? Ja Nein

Die Spitalaufnahme infolge Unfall Krankheit Nachkontrolle _____

Einweisender Arzt (Name, Vorname, Adresse, Ort) _____

Hausarzt (Name, Vorname, Adresse, Ort) _____

War Ihr Kind in den letzten 6 Monaten in Genf, im Tessin oder im Ausland in einem Spital oder in einer Arztpraxis? ja nein

Welche Krankenkasse oder Versicherung bezahlt die Spitalkosten? Wir bitten um vollständige Angaben.

Name: _____

Agentur: _____

Versicherungsart:

Allgemein Wohnkanton (Grundversicherung)
 Allg. ganze Schweiz
 Halbprivat
 Privat

Mitglieder-Nr. _____

IV-Nr. _____

IV-Geburtsgebühren-Nr. _____

Für den internen Gebrauch: Name der Behandlungsstelle und Tel. Nr.

Eröffnungsdatum/ Vis.

Etikette

Patientenkarte

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____