

Anmeldung zur Spitalaufnahme

Name	Vorname		
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Strasse / Nr.	PLZ, Wohnort		
Patientin / Patient bitte aufbieten über Telefon			
<input type="checkbox"/> Tel. Privat _____ <input type="checkbox"/> Mobile _____ <input type="checkbox"/> Tel. Geschäft _____			
Spitalaufnahme	<input type="checkbox"/> notfallmässig	<input type="checkbox"/> möglichst bald	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Abteilung	<input type="checkbox"/> Medizin	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Orthopädie/Traumat. <input type="checkbox"/> Frauenklinik
Krankenkasse / Versicherung	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat

Frühere Behandlung im Zuger Kantonsspital	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Datum _____
Einweisungsgrund	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
Anamnese und Befunde			
Röntgenbilder	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> gemacht am _____	<input type="checkbox"/> werden mitgegeben
Aktuelle Medikamente			
Bezeichnung	Dosierung	seit	
Datum	zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt		