

Die im Text verwendete Form gilt für Angehörige des weiblichen und männlichen Geschlechts.

Formular zurücksetzen

Patient

Name:		Tel. Privat:
Vorname:		Tel. Mobil:
Geburtsdatum:	W M	Arbeitgeber:
Strasse:		PLZ / Ort:
PLZ / Ort:		Versicherung:

Eintrittsdatum:	Zeit:	Uhr	bitte aufbieten
Fachbereich:			
Unfall/Krankheit:			

Diagnosen(n):

Nebendiagnose(n):

Medikamente:

Antikoaguliert: Ja: Nein:

Anmerkungen:

Bericht an

Beh. Arzt:	Hausarzt:
Ein. Arzt:	Sonstige:

Kontaktdaten: Tel: +423 235 44 69
 Fax: +423 235 45 41
 ambulatorien@landesspital.li

Datum:
 Signatur: