

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: