Formular Form0001	**Anmeldung Allgemein**	Liechtensteinisches LANDESSPITAL

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

Patient

Name:		Tel. Privat:	
Vorname:		Tel. Mobil:	
Geburtsdatum:	☐w ☐m	Tel. Geschäft:	
Strasse:		Arbeitgeber:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	

Anmeldung

Eintrittsdatum: _____ Zeit: _____ Uhr ☐ Ambulant ☐ Stationär _____ Tag(e)
☐ Amb. mit Bett

☐Unfall ☐Krankheit ☐Mutterschaft ☐A ☐HP ☐P ☐Selbstzahler ☐mit Begleitung

Kostenstelle: ☐Chirurgie ☐Orthopädie ☐Urologie ☐ORL
☐Innere Medizin ☐Psychiatrie/Neurologie ☐Opthalmologie ☐Gynäkologie

Versicherung: ☐Concordia ☐FKB ☐Intras ☐Swica ☐Andere: _____

Diagnose/Therapie Beh. Arzt:

Diagnose: _____ Code: _____

Nebendiagnose(n): _____

Einweisungsgrund/ Anamnese: _____

Medikamente: _____

Procedere/Therapie: _____

Besonderes:
(PEG, Cystofix, usw.) _____

☐ Labor: _____

☐ Röntgen: _____

Aufnahme/Status durch LLS: ☐Ja ☐Nein ☐ EKG

Anmerkungen: _____

Bericht

☐Beh.Arzt:		☐Hausarzt:	
☐Einw.Arzt:		☐Sonstige:	

Bitte senden an FAX-Nr.: +423 235 45 42 oder E-Mail: anmeldung@landesspital.li

Datum: Stempel und Unterschrift