

PatientIn

Name		Vorname	
Strasse		Geburtsdatum	Geschlecht
PLZ/Ort		AHV-Nr.	
Telefon	P	M	Mail
Beruf			

Behandlungsdaten

Vers.-Klasse		Behandlungsgrund	
Gesetz	Vers.-Nr.	Unfall-Nr.	Unfall-Datum

Adressen

Name

Strasse, PLZ Ort

Krankenkasse		
Unfallvers.		
Gesetzliche Vertretung	(falls nicht identisch mit Personalien des/der PatientIn)	
Arbeitgeber		

Zuweisungsgrund / Diagnose- und Problemliste inkl. Seitenangabe

Voruntersuchungen gemacht?

(Wenn ja, bitte Befunde beilegen, respektive CD schicken)

<input type="checkbox"/> MRI	falls ja, wo:	
<input type="checkbox"/> CT	falls ja, wo:	
<input type="checkbox"/> Röntgen	falls ja, wo:	
<input type="checkbox"/> Sonographie	falls ja, wo:	
<input type="checkbox"/> Neurologie	falls ja, wo:	

Zusatzbefunde

<input type="checkbox"/> Antikoaguliert	falls ja, welches Medikament:	
<input type="checkbox"/> Allergien	falls ja, welche:	

Zuweisender Arzt/Ärztin

	Mail	
	GLN, ZSR	
	Telefon	
	Datum	

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung des Spital STS Thun.