

<b>Patient:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
Strasse:		Geschlecht:	
PLZ / Ort:		AHV Nr.:	
Telefon / Mail:		Zivilstand:	
Erzeugt, Geändert:			

## Einverständniserklärung

Patient hat Einwilligung während der Behandlung erteilt

## Schadeninformationen

Schadendatum/-nummer:		
Behandlung:		
Wahrnehmung:		

## Diagnosen

Typ	Code	Bezeichnung

## Bemerkungen

<b>Arbeitgeber:</b>	<b>Kunden Nr.:</b>
Abteilung:	
Strasse:	
PLZ Ort:	
<b>Zuständiger Arzt:</b>	<b>EAN Nr.:</b>
Strasse:	
PLZ Ort:	
Tel.:	
Fax.:	
Mail:	
Web:	
<b>Versicherung:</b>	<b>EAN Nr.:</b>
Strasse:	
PLZ Ort:	