

Anmeldung ambulante Therapie

Vielen Dank, dass Sie uns die ärztliche Anordnung vor dem Erstgespräch zusenden.

Persönliche Angaben

Name	_____	AHV-Nr.	_____
Vorname	_____	Zivilstand	_____
Geburtsdatum	_____	Nationalität	_____
Muttersprache	_____	Konfession	_____
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers		
Strasse, Hausnr.	_____	PLZ, Ort	_____
Wohnsitz (PLZ / Ort)	_____	Beruf	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Krankenkasse (Grundversicherung)	_____		
Karten-Nr.	_____	Versicherten-Nr.	_____

Gewünschter Behandlungsort

- ☐ Ambulatorium Herzogenbuchsee ☐ Ambulatorium Bern

Informationen zur Krankheit (Diagnosen, Beschwerden, Dauer etc.)**Bisherige Behandlungen**

Anliegen an die Therapie

Aktuelle Medikamente mit Dosierung

Bemerkungen

Datenschutz

Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter
<https://www.wysshoelzli.ch/kontakt/datenschutzerklaerung>.

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular per Post an

- Klinik Wysshölzli, Waldrandweg 19, 3360 Herzogenbuchsee

Ort, Datum

Unterschrift