

Patient*innen-Datenblatt

1. Personalien

Vorname _____ Name _____

Titel _____ Geschlecht w m d

Geb. Datum _____ Tel. Privat _____

Tel. Gesch. _____ Mobile _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Kanton/Land _____ Nationalität _____

E-Mail _____

Beruf _____

Erwerbstätigkeit angestellt selbstständig pensioniert

2. Kontaktperson

Vorname _____ Name _____

Mobile _____

3. Medizinische Kontakte

Hausarzt*in _____

PLZ/Ort _____

Zuweisung Selbst Verwandte/Bekannte Hausarzt*in Kardiolog*in Spital

Zuweiser*in _____

PLZ/Ort _____

4. Krankenberichte

Einwilligung Gerne darf die Cardiance Clinic meine Krankenberichte früherer Behandlungen bei den zuständigen behandelnden Arzt*innen anfordern.

Gerne darf die Cardiance Clinic mir meine Krankenberichte per E-Mail zustellen.

Datum, Unterschrift Patient*in

Durch die Cardiance Clinic auszufüllen

AHV-Nr. _____

Krankenkasse _____

Krankenkassen-Nr. _____

Versicherungsstatus allgemein halbprivat privat