

Ärztliche Direktion  
Privatklinik Aadorf  
Föhrenbergstrasse 23  
8355 Aadorf

## EINWEISUNGSZEUGNIS

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort/Kanton: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Grundversicherung: \_\_\_\_\_ Vers. Nummer: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Vers. Nummer: \_\_\_\_\_

Spitalklasse:  Allgemein  Allgemein ganze Schweiz  Halbprivat  Privat

Diagnosen (ICD-10): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Einweisungsgrund/aktuelle Situation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandlungsziele/-auftrag: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation und Dosierung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Klinik Aadorf AG  
Föhrenbergstrasse 23  
CH-8355 Aadorf  
Tel. +41 (0)52 368 88 88  
Fax +41 (0)52 368 88 99  
www.klinik-aadorf.ch  
info@klinik-aadorf.ch

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Arztes/der Ärztin

ISO 9001 zertifiziert

Ärztliche Direktion  
Privatklinik Aadorf  
Fohrenbergstrasse 23  
8355 Aadorf

## EINWEISUNGSZEUGNIS

Name/Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort/Kanton:

Geburtsdatum:  Telefon:

Grundversicherung:  Vers. Nummer:

Zusatzversicherung:  Vers. Nummer:

Spitalklasse:  Allgemein  
 Allgemein ganze Schweiz  
 Halbprivat  
 Privat

Diagnosen (ICD-10):

Klinik Aadorf AG  
Fohrenbergstrasse 23  
CH-8355 Aadorf  
Tel. +41 (0)52 368 88 88  
Fax +41 (0)52 368 88 99  
www.klinik-aadorf.ch  
info@klinik-aadorf.ch

Einweisungsgrund/aktuelle Situation:

Behandlungsziele/-auftrag:

Aktuelle Medikation und Dosierung:

Datum:

Stempel/Unterschrift des Arztes/der Ärztin: