

Ärztliche Direktion
Privatklinik Aadorf
Fohrenbergstrasse 23
8355 Aadorf

EINWEISUNGSZEUGNIS

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort/Kanton: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Körpergrösse: _____ Gewicht: _____

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
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

Datum _____

Stempel/Unterschrift _____

