

KOJE:	Eintrittsart : <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär
--------------	---

Eintrittsdatum:	Eintrittszeit:
--------------------------	-------------------------

UNFALL:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Unfalldatum Data di infortunio Date d'accident Date of accident	Aufnahme in Abteilung:	<input type="checkbox"/> Chir <input type="checkbox"/> Ortho <input type="checkbox"/> Med	<input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Pädmed <input type="checkbox"/> Pädchir
EINWEISENDE INSTANZ:	<input type="checkbox"/> Selbst <input type="checkbox"/> REO <input type="checkbox"/> Andere Ambulanz <input type="checkbox"/> REGA	Einweisender Arzt :			
		Einweisendes Spital / Klinik			

NACHNAME Cognome Nom Surname		GEBURTSDATUM Data di nascita Date de naissance Date of birth	
VORNAME Nome Prénom First name		Nationalität Nazionalità Nationalité Nationality	

GESCHLECHT sesso / sexe /sex <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	ZIVILSTAND Stato civile Etat civil Marital status	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> celibe <input type="checkbox"/> sposato <input type="checkbox"/> divorziato <input type="checkbox"/> separato <input type="checkbox"/> vedovo-a	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> veuve	<input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> marrie <input type="checkbox"/> divorced <input type="checkbox"/> separated <input type="checkbox"/> widowed	Konfession Religione Confession	<input type="checkbox"/> reformiert, protestante <input type="checkbox"/> röm. Kath. cattolico, catholic <input type="checkbox"/> Übrige, altro, autre, other <input type="checkbox"/> Keine, senza, sans, without	Meldung an Pfarramt: <input type="checkbox"/> erwünscht <input type="checkbox"/> Nicht erwünscht
---	---	--	--	---	---	--	---	---

AHV-Nummer AVS- Nr.	756
-------------------------------	------------------

ADRESSE Indirizzo Adresse Address	Str. Via:	PLZ ZIP:	ORT: CAP:	Land/ stato / état / state:
---	--------------	-------------	--------------	-----------------------------

TELEFON Telefono Téléphone Phonenumbre	P:	Mobile:
E-Mail:		

BERUF Professione Profession Occupation	ARBEITGEBER Datore di lavoro Employeur Employer	Name:
		PLZ / Ort

ANGEHÖRIGE Parenti Parents Contact Person	Name / nome nom / name	<input type="checkbox"/> Ehemann marito époux husband <input type="checkbox"/> Ehefrau moglie épouse wife <input type="checkbox"/> Vater padre père father <input type="checkbox"/> Mutter madre mère mother <input type="checkbox"/> _____
	Adresse / indirizzo adresse / adress	
	Telefon / Mobile:	

FERIENADRESSE / ADRESSE z.ZT Indirizzo di vacanza Adresse de vacances Vacation address	Str. Via:	PLZ ZIP:	ORT: CAP:
--	--------------	-------------	--------------

HAUSARZT Medico di famiglia Médecin de famille Family doctor	<input type="checkbox"/> Frau Dr. med <input type="checkbox"/> Herr Dr. med	Name / nome nom / name
		Adresse / indirizzo adresse / adress

VERSICHERUNGSDECKUNG COPERTURA ASSICURATIVA COUVERTURE D'ASSURANCE INSURANCE COVERAGE

Spitalklasse Classe ospedaliera desiderata Desired Class Hospital	<input type="checkbox"/> Allgemein (Mehrbettzimmer) <input type="checkbox"/> Halbprivat (2-Bett & Chefarzt) <input type="checkbox"/> Privat (1-Bett & Chefarzt)	<input type="checkbox"/> rep.comume (multiple) <input type="checkbox"/> semipri. (stanza 2 letti & medico primario) <input type="checkbox"/> privata (stanza 1 letto & medico primario)	<input type="checkbox"/> general dep. <input type="checkbox"/> semiprivé (cham. 2 lits & médecin-chef) <input type="checkbox"/> privé (chambre 1 lit & médecin-chef)	<input type="checkbox"/> general dep. <input type="checkbox"/> half privat (2beds & chief medical) <input type="checkbox"/> privat (1bed room & chief medical)
--	---	---	--	--

KRANKENKASSE & Sektion CASSA MALATI & Sezione CASSE MALADIE & Section INSURANCE & Po. Holder

Grundversicherung assicurazione di base l'assurance de base basic insurance	Krankenkasse/ /Cassa malati	Zusatzversicherung supplementäre Supplémentaire supplementary	Krankenkasse/ /Cassa malati
	Vers.-Nr. / N. d'assicurato/No d'assuré/Policenumber		Vers.-Nr. / N. d'assicurato/No d'assuré/Policenumber
	Kartenummer:		Kartenummer:

UNFALLVERSICHERUNG Assicurazioni contro gli infortuni Assurance-accidents Accident insurance

Grundversicherung assicurazione di base l'assurance de base basic insurance	Versicherung / Assicurazioni	Zusatzversicherung supplementäre Supplémentaire supplementary	Versicherung / Assicurazioni
	Vers.-Nr. / N. d'assicurato/No d'assuré/Policenumber		Vers.-Nr. / N. d'assicurato/No d'assuré/Policenumber