

## Personalien

Name								W	M
Vorname									
Geburtsdatum									
Adresse	PLZ, Ort								
Telefon	Mobile								
Name Versicherung	Policen-Nummer								
Name Zusatzversicherung	Policen-Nummer								
Rechnungsträger	Unfallversicherung	Krankenkasse	Selbstzahler	Allgemein	Halbprivat	Privat			

## Klinik

Medizin	Chirurgie	Gynäkologie	IPS	Eintritt via	Notfall	auf Abteilung
---------	-----------	-------------	-----	--------------	---------	---------------

## Eintrittsdiagnose

## Nebendiagnose

## Besonderes (Isolation, Telemetrie, etc.)

## Hausarzt

Name	Einweisender Arzt/Einrichtung
Adresse	Adresse
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Telefon	Telefon

Geplante Aufenthaltsdauer in Tagen

Mögliche Anschlusslösung	AÜP	Reha	Kur	ICD-Code
--------------------------	-----	------	-----	----------

Eintrittsdatum	Uhrzeit
----------------	---------

## Datum

## Absender oder Unterschrift

**Bitte vergessen Sie nicht, den Arztbericht anzuhängen.**

Ihr schnellster Weg zur Anmeldung ist die digitale Zustellung an [ops\\_dispo@spital-lachen.ch](mailto:ops_dispo@spital-lachen.ch).

OPS-Dispositions-Team, Telefon 055 451 32 12