

# ANMELDUNG NOTFALLZENTRUM

24H NOTFALLDIENST INKL. HERZ-, HIRNSCHLAG-,  
TRAUMATOLOGIE- UND DIALYSE-NOTFÄLLE

T 041 208 33 03

F 041 208 33 06

notfallarzt.stanna@hirslanden.ch ➔ Bitte schreiben Sie im Betreff «Notfallanmeldung»  
(Datenverschlüsselung nur für Absender von @hin.ch-Adressen)

➔ Bitte rufen Sie uns in jedem Fall zusätzlich an auf die Direktnummer 041 208 33 03

Ich bitte um notfallmässige Aufnahme von:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon P/G/Mobile: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  w  m

Krankheit  Unfall Versicherung:  P  HP  Allgemein

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Einweisungsgrund:

Diagnosen:

Anamnese und Befund:

Laborbefunde/Zusatzuntersuchungen:  Siehe Beilage  in Verarbeitung bei: \_\_\_\_\_

Bisherige Therapie/Medikamente:

Unterlagen folgen:  per Fax  per Post  mit Patient  
 keine weiteren Unterlagen

Datum: \_\_\_\_\_  
Verordnender Arzt (Unterschrift/Stempel): \_\_\_\_\_