HIRSLANDEN
KLINIK ST. ANNA

ANMELDUNG COVID-19-TEST

Zuweisung durch:

Patientenangaben

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Strasse, Nr.: PLZ / Ort:

Telefon P / G / Mobile: E-Mail:

Sozial-Versicherungs-Nr.:

Versicherung ○ P ○ HP ○ Allg ○ KV Selbstzahler

Grundversicherung: Zusatzversicherung:

Versicherungs-Nr.: Versicherungs-Nr.:

Versicherungskarten-Nr.: Versicherungskarten-Nr.:

Einweisung X ambulant

○ Krankheit ○ Unfall

Dringlichkeit/Grund X elektiv

Diagnosen **Verdacht auf COVID-19**

ET-Diagnose / ICD-10

Untersuchung/en Abstrich auf SARS-COV-19

Bitte übermitteln Sie das ausgefüllte Formular an die Patientenanmeldung (patientenanmeldung.stanna@hirslanden.ch) der Hirslanden Klinik St. Anna.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter T +41 41 208 30 12 zur Verfügung.

1214720001 08/20 KROMER PRINT AG