

Anmeldung für medizinische Patienten

Belegarzt:
Stempel

(Vom Arzt auszufüllen)

Behandlungsdatum: _____ Zeit: _____

Frau Herr

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

ICD-Code: _____

Kostenträger

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Karten.-Nr.: **807** _____

Indikation/Diagnose:
(keine Abkürzungen) _____

Behandlung/Verordnung _____

Behandelnder Arzt: _____

Bitte per E-Mail an empfang@mz-brugg.ch / mzb@hin.ch oder faxen an 056 462 61 62. Besten Dank.