

Personalienblatt

* <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> St.Gallen <input type="checkbox"/> Rorschach <input type="checkbox"/> Flawil			
Eintrittsdatum / Zeit*		Klinik*	
Eintrittsgrund	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Schwangerschaft		
Behandlungsgrund*			

Patientenname*		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname*		Geburtsdatum*	
Geburtsname		Telefon Privat	
Sozialversicherungsnummer (AHV-Nr.)*		Telefon Geschäft	
Strasse / Hausnr.		Telefon Mobile	
PLZ / Wohnort		Nationalität	
Steuergemeinde		Zivilstand	
E-Mail-Adresse		Konfession	
Beruf		Bürgerort	

Kontaktperson	(Bitte vollständige Adresse inkl. Telefon) <input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Lebenspartner/-in <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Bekannte/r <input type="checkbox"/> andere
<p>.....</p> <p>.....</p>	

Arbeitgeber	Nur bei Unfall anzugeben (Bitte vollständige Adresse inkl. Telefon)	Unfalldatum	
<p>.....</p>			

Einweisender Arzt*	(Name und Adresse) <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Rettungsdienst <input type="checkbox"/> Selbst <input type="checkbox"/> Spital
<p>.....</p>	
Hausarzt*	(Name und Adresse)
<p>.....</p>	

Versicherung*	Name der Versicherung, PLZ, Ort	Versicherten- und Karten-Nummer
Grundversicherung		
Zusatzversicherung		
Unfallversicherung		
Versicherungsdeckung	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Allgemein Wohnkanton <input type="checkbox"/> Allgemein ganze Schweiz	