

## Anmeldung Ambulatorium

---

### Angaben zum Patienten

Name  Strasse   
Vorname  PLZ/Ort   
Geburtsdatum   w  m  Tel. Privat/Mobil   
Arbeitgeber/in  Krankenkasse

---

### Angaben zur Anmeldung

Eintrittsdatum  Eintrittszeit   Bitte aufbieten  
Fachbereich   
Art

---

### Detailinformationen

Diagnose(n)

Neben-  
diagnose(n)

Medikamente

Antikoaguliert

---

### Anmerkungen

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

---

Beh. Arzt/Ärztin <input type="text"/>	Sonstige <input type="text"/>
Einw. Arzt/Ärztin <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>
Hausarzt/-ärztin <input type="text"/>	Signatur <input type="text"/>

### Kontakt bei Fragen und Informationen

Telefon +423 235 44 69

Fax +423 235 45 41

[ambulatorien@landesspital.li](mailto:ambulatorien@landesspital.li)

Bitte senden Sie das Formular per E-Mail an: [ambulatorien@landesspital.li](mailto:ambulatorien@landesspital.li)