



KLINIK SEESCHAU  
AM BODENSEE

# Anmeldeformular Patient / in

Klinik Seeschau am Bodensee  
Bernrainstrasse 17  
8280 Kreuzlingen  
Tel: 071 677 53 53  
Fax: 071 672 55 15

Name:	Vorname:	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:	AHV-Nummer:	
Strasse:	PLZ, Ort:	
Telefon:	Mobile:	
Nationalität:	Zivilstand:	Konfession:
Berufstätigkeit:	Arbeitgeber:	
Kontaktperson:	Tel. Kontaktperson:	
Hausarzt:	Adresse Hausarzt:	
Allergien:	Medikamente:	
Patientenverfügung vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte eine Kopie abgegeben		

Versicherungsart:

## Bei Krankheit

Krankenkasse (Grundversicherung):	Standort:	Mitglied-Nr:
Zusatzversicherung:	Standort:	Mitglied-Nr:

## Bei Unfall

Unfallversicherung:	Standort:	Schadennummer:
Zusatzversicherung:	Standort:	Mitglied-Nr:

Datum:

---

Unterschrift Patient / in:

---