

Anmeldung für medizinische Patienten

(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. Besten Dank.