

# Patientendatenblatt

## 1. Personalien

Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Geschlecht  w  m  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon P \_\_\_\_\_  
Telefon G \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Kanton/Land \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Erwerbstätigkeit  angestellt  selbstständig  pensioniert

## 2. Kontaktperson

Vorname \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_

## 3. Medizinische Kontakte

Hausarzt/-ärztin \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Zuweisung  Selber  Verwandte/Bekannte  Hausarzt  Kardiologe  Spital  
Zuweiser/in \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## 4. Krankenberichte

Einwilligung  Gerne darf die Cardiance Clinic meine Krankenberichte früherer Behandlungen bei den zuständigen Ärzten anfordern.  
 Gerne darf die Cardiance Clinic mir meine Krankenberichte per E-Mail zustellen.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

### Durch die Cardiance Clinic auszufüllen

AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Krankenkassen-Nr. \_\_\_\_\_  
Versicherungsstatus  allgemein  halbprivat  privat