



Name	_____
Vorname	_____
Geb.-Datum	_____
Strasse	_____
Ort	_____
Telefon:	_____
	_____

## ANMELDUNG FÜR ÜBERWACHUNG/BEHANDLUNG AUF DER TAGESKLINIK DES KSL\*

**extern**

- Ort: 1. Stock
- Öffnungszeiten: 7.00 – 17.00 Uhr
- Anmelden bitte unter  
Telefon intern: 061 925 2180 (Fr. R. Wäschle) und per  
Fax: 061 925 2804

**Diagnose/Therapieindikation:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Relevante Nebendiagnosen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indikation gestellt durch (Zuweiser):**

sofort	<input type="checkbox"/>
1 – 5 Tage	<input type="checkbox"/>
> 1 Woche	<input type="checkbox"/>

Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Für medizinische Fragen wenden Sie sich bitte an Dres K. Beckers/S.Duchini (Tel: 061 925 3709)