

Formular für Anfrage Kostenübernahme stationäre Behandlung in der Sanatorium Kilchberg AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Rubriken A bis C sind vollständig und lesbar von der antragstellenden Ärztin / vom antragsstellenden Arzt auszufüllen.

A Antragstellende/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname:

Tel:

Adresse:

Fax:

Antragsdatum:

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes:.....

B Zielspital

Name des Spitals: Sanatorium Kilchberg AG
Adresse: Alte Landstrasse 70,
8802 Kilchberg
Tel: 044 716 42 42
Fax: 044 716 42 13

Vorgesehenes Eintrittsdatum:

Versicherungsklasse: : Privat Halbprivat Allgemein ganze Schweiz Allgemein

Tarif : gemäss geltenden Verträgen bzw. gesetzlichen Bestimmungen

C Personalien der Patientin / des Patienten

Name:

Versicherung:

Vorname:

Vers.-Nr.

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

AHV-Versichertennummer (AHVN13):

Geschlecht: m w

Bemerkungen inkl. Diagnose in Kurzform (ICD-10 2-Steller)::

.....
.....
.....

Ort/Datum:

Stempel und Unterschrift:

Das Formular ist direkt bei der Versicherung der Patientin / des Patienten einzureichen.