



# Spital Affoltern

## Patientenanmeldung COVID-19-Test

Ich bin Mitarbeiter/in des Spitals Affoltern

### Informationen zum Eintritt

Datum:	Zeit:	Fallnummer:
An wen geht die Rechnung? <input type="checkbox"/> Patient selber <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Krankenversicherung (Bund)		

### Personalien

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Strasse:		PLZ/Ort:	Nationalität: <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> andere:
Telefon Privat:	Mobile:	E-Mail (in Blockschrift):	

### Arbeitgeber (nur sofern Rechnungsempfänger)

Name Arbeitgeber:			
Strasse:	PLZ/Ort:	Telefon:	E-Mail:

### Kontaktperson (nur bei minderjährigen Patienten)

Name:	Vorname:	Strasse:	PLZ/Ort:
E-Mail:	Telefon:	Bezug/Verwandtschaftsgrad:	

### Hausarzt

Name:	Vorname:	PLZ/Ort:
-------	----------	----------

### Krankenversicherung Grunddeckung KVG

Name:	Mitglied-Nr.:
-------	---------------

### Benachrichtigung Testergebnis

Ich bin einverstanden, dass mein Testergebnis auf meine **E-Mail-Adresse** übermittelt wird.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Als Gerichtsstand gilt ausschliesslich der Sitz des Spitals Affoltern /The exclusive place of jurisdiction shall be the hospital's domicile.