

Einweisungsart Ambulante Stationäre Aufnahme Hospital at Home

Abteilung **Grund** Krankheit Unfall IV
Dringlichkeit Notfall Routine Wunschtermin:

Personalien

Name: Vorname:
Strasse Nr.: PLZ / Ort:
AHV-Nr.: Geschlecht: Geburtsdatum:
Tel./Mob.: E-Mail:

Kostenträger

Vers.-Klasse:
Grundvers.: Vers.-Nr. OKP:
Zusatzvers.: Vers.-Nr. VVG:
Unfallvers.: Unfall.-Nr.:
Arbeitgeber: Unfall.-Datum:

Hausarzt/Hausärztin (falls unterschiedlich zu Einweiser/in)

Name: Telefon:
Adresse:

Zuweisungsgrund

Einweisungsdiagnose

Nebendiagnose / Behandlungsauftrag

Fragestellung/Behandlungsziel

Senden Sie uns bitte alle aktuellen Unterlagen (Befunde, Berichte, Medikamentenliste) mit der Zuweisung zu!

Wichtige Bemerkungen

Einweiser/in

Tel.: Mob.:
Mail:
GLN: ZSR:
Datum:

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung der Klinik Arlesheim.