

**Einweisungsart**  Ambulante  Stationäre Aufnahme

**Abteilung**

**Grund**  Krankheit  Unfall

**Personalien**

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse Nr.:	<input type="text"/>	PLZ / Ort:	<input type="text"/>
AHV-Nr.:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="text"/>
Tel./Mob.:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
		E-Mail:	<input type="text"/>

**Kostenträger**

Vers.-Klasse:	<input type="text"/>	Vers.-Nr. OKP:	<input type="text"/>
Grundvers.:	<input type="text"/>	Vers.-Nr. VVG:	<input type="text"/>
Zusatzvers.:	<input type="text"/>	Unfall.-Nr.:	<input type="text"/>
Unfallvers.:	<input type="text"/>	Unfall.-Datum:	<input type="text"/>
Arbeitgeber:	<input type="text"/>		

**Zuweisungsgrund**

Diagnose / Code: ICD-10

Einweisungsgrund

Behandlungsziel

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

**Wichtige Bemerkungen**

**Einweiser/in**

<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>	Mob.:	<input type="text"/>
	Mail:	<input type="text"/>		
	GLN:	<input type="text"/>	ZSR:	<input type="text"/>
	Datum:	<input type="text"/>		

**Elektronische Übermittlung**

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