

Spitaleinweisung/Kostengutsprache gesuch

Patient/in

Stationäre Aufnahme

Pia Bagutti
Lisa Bindler
Barbara Kunz
Tel.: 061 705 72 07
Fax: 061 705 73 42
spital@klinik-arlesheim.ch

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Tel. Privat:

Tel. Mobile:

Versicherung/Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Versicherungsklasse:

allgemein allgemein ganze CH halbprivat privat

Klinik Arlesheim AG

Pfeffingerweg 1
CH-4144 Arlesheim
Zentrale:
Tel. 061 705 71 11
Fax 061 705 71 00
info@klinik-arlesheim.ch
www.klinik-arlesheim.ch

Behandlung wegen:

Krankheit Onkologie Akut Psychiatrie
 Unfall/Berufskrankheit Onkologie Palliativ Psychosomatik Notfall

Verlängerungsgesuch: Ja Nein

Diagnose/ICD-10-Code:



Innere Medizin
Psychiatrie
Psychosomatik
Hausarztmedizin
Pädiatrie
Gynäkologie



Einweisungsgrund:

Behandlungsziel:

gewünschtes Eintrittsdatum:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes.....