

## Spitaleinweisung/Innere Medizin, Onkologie

### Stationäre Aufnahme

Tel.: 061 705 72 07, Fax: 061 705 73 42, spital@klinik-arlesheim.ch

### Patient/-in

Name:

Strasse:

Tel. privat:

Vorname:

PLZ/Wohnort:

Tel. mobil:

Geb.-Datum:

Grundversicherung

Versicherungsnummer:

Zusatzversicherung:

Versicherungsnummer:

allgemein  allgemein ganze CH  halbprivat  privat

---

### Behandlung wegen:

Krankheit  Onkologie Akut  Onkologie Palliativ  Notfall  Medizin

Diagnose/ICD-10-Code (max. 550 Zeichen):

Einweisungsgrund:

Behandlungsziel:

gewünschtes Eintrittsdatum:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

---