

Spitaleinweisung/Psychiatrie und Psychosomatik

Stationäre Aufnahme

Tel.: 061 705 72 09, Fax: 061 705 74 78, 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:

☐ Psychiatrie ☐ Psychosomatik ☐ Krankheit

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

Einweisungsgrund:

Behandlungsziel:

gewünschtes Eintrittsdatum:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
