

Spitaläquivalente Einweisung - Hospital at Home

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: **hospitalathome@klinik-arlesheim.ch**

Bei Fragen melden Sie sich beim **Sekretariat: 061 705 73 89** oder **Ärztlichen Dienst: 076 380 34 13**

Patient/-in

Name: _____ Strasse: _____ Tel. privat: _____
Vorname: _____ PLZ/Wohnort: _____ Tel. mobil: _____
Geb.-Datum: _____

Grundversicherung _____ Versicherungsnummer: _____

Zusatzversicherung: _____ Versicherungsnummer: _____

allgemein allgemein ganze CH halbprivat privat

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

Einweisungsgrund:

Behandlungsziel:

gewünschtes Eintrittsdatum:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
