

Spitaläquivalente Einweisung - Spital zuhause

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

Bei Fragen melden Sie sich beim **Sekretariat: 076 380 44 91** 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