

Spitaläquivalente Einweisung - Spital zuhause

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an: **spital-zuhause@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:	AHV-Nummer:	

Grundversicherung: _____ Versichertenkartennummer: _____

Zusatzversicherung: _____ Versichertenkartennummer: _____

☐ 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