

Zutreffendes bitte ankreuzen

Durch den einweisenden Arzt bitte vollständig und gut leserlich (Schreibmaschine oder Blockschrift) ausfüllen!

Name / Frauennamen des Patienten		Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	AHV-Nr	Tel. Patient
Strasse, Nr.		Land	PLZ    Wohnort
<b>AMBULANT</b>		<b>STATIONÄR</b>	
<b>Ambulante Beratung</b> <input type="checkbox"/> Medizin <input type="checkbox"/> Onkologie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Gynäkologie/Geburtshilfe <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Schmerzsprechstunde		<b>Klinik</b> <input type="checkbox"/> Medizin <input type="checkbox"/> Onkologie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Gynäkologie / Geburtshilfe <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Geriatrie	
<b>Private Sprechstundenberatung</b> <input type="checkbox"/> Medizin <input type="checkbox"/> Onkologie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Gynäkologie/Geburtshilfe		<b>Klasse</b> <input type="checkbox"/> in der allgemeinen Abteilung (Standard) <input type="checkbox"/> in der allgemeinen Abteilung (mit Hotellerie-Zuschlag 2-Bett Zimmer) <input type="checkbox"/> in der allgemeinen Abteilung (mit Hotellerie-Zuschlag 1-Bett Zimmer) <input type="checkbox"/> in der 2. Pflegeklasse <input type="checkbox"/> in der 1. Pflegeklasse	
<b>Institute</b> <input type="checkbox"/> Radiologie <input type="checkbox"/> Labor (nur Untersuchungsgut) <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Diabetesberatung <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Logotherapie <input type="checkbox"/> Dialyse		<b>Dringlichkeit</b> <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Dringend <input type="checkbox"/> Nicht dringend	
<b>Die Spitaleinweisung erfolgt wegen:</b> <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> sonstigem Unfall			
<input type="checkbox"/> Begutachtung <input type="checkbox"/> im Militärdienst erfolgter Verletzung / Krankheit <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> eines Geburtsgebrechens / Eingliederungsmassnahme * <small>* Bitte umgehend den Fall bei der IV anmelden</small>			

Einweisungsgrund / Diagnose / Fragestellung:

Aktuelle Therapie (bitte unbedingt angeben)

Stempel und Unterschrift  
des einweisenden Arztes:

Datum: .....