

# ÜBERWEISUNGSFORMULAR

**Zu Händen:** Ärztliche Leitung HOSPIZ IM PARK  
Stollenrain 12, 4144 Arlesheim  
Tel. +41 61 706 92 22 – aerzte@hospizimpark.ch

**Überweisende/r Arzt/Ärztin:**

**Tel.:**

**Institution:**

Übertritt von Institution  Übertritt von Zuhause

Voraussichtliches Eintrittsdatum:

**Patientin/Patient:**

Name:

Geburtsdatum:

Adresse und Tel.:

**Angehörige/r, Bezugsperson:**

Name, Adresse und Tel.:

**Hausärztin/Hausarzt:**

Name, Adresse und Tel.:

**Krankenkasse:**  allgemein  halbprivat  privat

Grundversicherung: Name, Police-Nr.:

Zusatzversicherung: Name, Police-Nr.:

**Diagnosen:** .....

**Bitte aktuellsten ärztlichen Bericht beilegen!**

Sind die onkologischen Behandlungen abgeschlossen?  Ja  Nein

Ist der Patient / die Patientin in einer Studie?  Ja  Nein

Involvierte Dienste:  SEOP/Onko-Spitex  ALS Nurse  KESB  Beistand

Krebsliga b. Basel  Sozialdienst .....

Andere: .....

Sind minderjährige Kinder von Patient/in involviert?  Ja  Nein

**Bemerkungen:**

Datum:

Stempel und Unterschrift überweisende/r Arzt/Ärztin:

Version	4.0	Autoren	Saladin, Salvisberg
Gültig ab	25.06.2020	Freigegeben durch	Scheube