**Zuweisungsformular Hospital at Home Programm**

**Patientin / Patient**

Name Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geschlecht [ ]  weiblich [ ]  männlich

Strasse / Nr. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Ort Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Covercard KK: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt**

Praxisnamen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse / Nr. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ / Ort Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Medizinische Angaben**

Patientenverfügung [ ]  Ja [ ]  Nein

Zuweisungsgrund Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Diagnosen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Anamnese Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Allergie Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Medikamente Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Weitere Angaben Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und relevante Berichte per Mail an:** **hospitalathome@hin.ch**