### Spitaleinweisung

Bürgerspital Solothurn

Ärztliche Leitung

der \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klinik

Schöngrünstrasse

4500 Solothurn

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. P: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. G: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einweisungsdiagnose/Problem:

Wichtige Nebendiagnose:

Bisherige Therapie/Medikamente:

Fragestellung:

* Wahleintritt ❑ ambulante Untersuchung
* Eintritt (innert 24 Stunden) ❑ stationärer Aufenthalt
* Notfall
* Bereits telefonisch angemeldet ❑ allgemein versichert

für Eintritt am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ halbprivat versichert

* Übernahme der Behandlung ❑ privat versichert
* Therapievorschlag ❑ Spital-Club Solothurn

Bemerkungen:

Beilagen: Datum:

* Röntgen Zuweisender Arzt (Stempel und Visum):
* Andere

Nr.3890/12.02