

Spitaleinweisung

Name: _____

Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Tel. P: _____

Tel. G: _____

Bürgerspital Solothurn
Ärztliche Leitung
der _____ Klinik
Schöngrünstrasse
4500 Solothurn

Einweisungsdiagnose/Problem:

Wichtige Nebendiagnose:

Bisherige Therapie/Medikamente:

Fragestellung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wahleintritt | <input type="checkbox"/> ambulante Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> Eintritt (innert 24 Stunden) | <input type="checkbox"/> stationärer Aufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Notfall | |
| <input type="checkbox"/> Bereits telefonisch angemeldet
für Eintritt am: _____ | <input type="checkbox"/> allgemein versichert |
| <input type="checkbox"/> Übernahme der Behandlung | <input type="checkbox"/> halbprivat versichert |
| <input type="checkbox"/> Therapievorschlag | <input type="checkbox"/> privat versichert |
| | <input type="checkbox"/> Spital-Club Solothurn |

Bemerkungen:

- Beilagen:
- Röntgen
 - Andere

Datum:
Zuweisender Arzt (Stempel und Visum):