

Anmeldung Home Treatment für Erwachsene

Personalien Patientin/Patient

Vorname*

Nachname*

Telefon*

E-Mail

Strasse*

PLZ / Ort*

Geburtsdatum*

Sozialversicherungsnummer

Krankenkasse

Versicherungsstatus

Versicherungsmodell:

Hausarztmodell

Telemedizin

Freie Arztwahl

Diagnose und Symptomatik

Diagnose (ICD-10):

Relevante körperliche Erkrankungen und Medikamente:

Aktuelle Problematik und Behandlungsziele: *

Zuweisung durch

Name der Institution (Heim, Praxis, Spital etc.)

Vorname*

Nachname*

Berufskategorie

Strasse*

PLZ / Ort*

Telefon*

E-Mail*

Datum*

Ausführlicher Bericht folgt *

Ja

Nein

Wir möchten Sie bitten, uns Patientendaten nur in einer verschlüsselten E-Mail zu schicken. Die Übermittlung dieses Formulars ist nur mit einer gesicherten HIN-Mail-Adresse datenschutzkonform möglich.

Home Treatment

T 056 462 28 28

hometreatment@pdag.ch

www.pdag.ch