



## Zuweisung (bitte abspeichern und an spitexmegaherz@hin.ch senden)

### Angaben zum Klienten

Name	Vorname		
Geburtsdatum	Geschlecht	weiblich	männlich
Strasse /Nr.	PLZ /Ort		
Telefon privat/mobil	Telefon geschäftlich		
E-Mail			
Krankenkasse	Allgemein	Halbprivat	Privat

### Zuweisung

Akut- und Langzeitbetreuung	Hauswirtschaft
Psychiatrie	Infusionstherapie
Palliativ	Kinderspitex

### Terminwunsch

Bitte aufbieten.

Termin: \_\_\_\_\_

### Fragestellung/Problematik

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Medikamente des Klienten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Gewünschte Betreuung

Akut- und Langzeitbetreuung	Hauswirtschaft
Psychiatrie	Infusionstherapie
Palliativ	Kinderspitex

Andere: \_\_\_\_\_

### Bericht per

E-Mail an: \_\_\_\_\_

Briefpost (bitte Adresse angeben): \_\_\_\_\_

Berichtskopie an: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Zuweisender Arzt (Stempel): \_\_\_\_\_

