

Zuweisender Arzt:

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen ! Danke.

## Zuweisung von Patienten

Standort Liestal

[orthopaedie.liestal@ksbl.ch](mailto:orthopaedie.liestal@ksbl.ch)  
Fax +41 (0)61 925 28 08

Standort Bruderholz

[orthopaedie.bruderholz@ksbl.ch](mailto:orthopaedie.bruderholz@ksbl.ch)  
Fax +41 (0)61 436 36 76

Standort Laufen

[orthopaedie.laufen@ksbl.ch](mailto:orthopaedie.laufen@ksbl.ch)  
Fax +41 (0)61 400 83 65

Patientendaten bitte ausfüllen oder Stammbblatt beilegen.

Name	.....	Vorname	.....
Geburtsdatum	.....	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Strasse / Nr.	.....	PLZ / Wohnort	.....
Telefon Privat	.....	Mobil	.....
Hausarzt	.....		
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat	<input type="checkbox"/> privat
Grundversicherung	.....	Vers. Nummer	.....
Zusatzversicherung	.....	Vers. Nummer	.....
Einweisungsgrund	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	
Unfallversicherung	.....	Unfall-Nr.	.....
Dringlichkeit:	<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> nicht dringend	

## Hauptdiagnose

Bildgebendes Material vorhanden ? MRI / RX / CT  bei Patient  anderer Ort:

## Weitere Diagnosen / Bemerkungen

## Zuweisender Arzt

Stempel, Datum und digitale Unterschrift