

## KURZINFORMATION FÜR ZUWEISENDE

Das HOSPIZ IM PARK ist eine Klinik mit öffentlichem Leistungsauftrag für palliative Medizin und nimmt folgende Patientinnen und Patienten auf:

- Allgemein, halbprivat, privat Versicherte. Bei Spitalbedürftigkeit werden alle Leistungen durch die Krankenkasse übernommen.
- Patientinnen und Patienten in terminaler Krankheitsphase: beispielsweise bei Tumor, Leukämie, organischen Leiden wie terminaler Herz-, Nieren-, Leberinsuffizienz, terminalen neurologischen Leiden
- Zur Erholung nach Chemo- oder Radiotherapie
- Zur Einstellung einer symptomatischen Therapie (beispielsweise zur Behandlung von Schmerzen, chronischer Übelkeit, Atemnot)

Nach Möglichkeit:

- „Ferienpatienten“ zur temporären Entlastung der Pflegenden zu Hause. In der Regel erfolgt eine Abrechnung mittels Pflorgetaxe.

Bitte melden Sie Ihre Patientin, Ihren Patienten mit **nachfolgendem Formular** an. Wir nehmen dann umgehend mit Ihnen Kontakt auf.

In der Regel wird die Kostengutsprache durch den Hospizarzt eingeholt.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass Patientinnen und Patienten von zu Hause prioritär aufgenommen werden müssen.

Bei Notfallaufnahmen nehmen Sie bitte umgehend über die Hauptnummer 061 706 92 22 Kontakt mit dem Hospizarzt auf.

Vorsorgliche Anmeldungen erleichtern die Aufnahme zur gewünschten Zeit (auch bei späterem Notfall). Eine vorgängige Besichtigung erleichtert vielen Patientinnen und Patienten den späteren Eintritt. Bitte nehmen Sie dazu Kontakt mit der Pflegedienstleiterin auf (Telefon 061 706 92 22).

Die Aufenthaltsdauer ist sehr individuell und reicht von Stunden bis mehrere Monate. Eine begründete längere Aufenthaltsdauer wird in der Regel von der Krankenkasse übernommen.

## **ANMELDUNG / ÜBERWEISUNGSFORMULAR**

Zu Händen   Ärztliche Leitung HOSPIZ IM PARK  
Stollenrain 12, 4144 Arlesheim  
Tel. 061 706 92 22 – Fax 061 706 92 20 – admin@hospizimpark.ch

**Einweisender Arzt, Institution:**

**Übertritt von:**

**Voraussichtliches Eintrittsdatum:**

**Patientenname:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Telefonnummer:**

**Diagnosen:**

**Bemerkungen:**

**Datum:**

**Stempel, Unterschrift überweisender Arzt:**

**ZSR-Nr.:**

**EAN-Nr.:**