

KOSTENGUTSPRACHE Kanton BS für stationäre Behandlungen von Eingriffen der AVOS-Liste

Die Rubriken A bis E sind vollständig und lesbar von der gesuchstellenden Ärztin / vom gesuchstellenden Arzt auszufüllen und via verschlüsselter HIN-Mail (versorgungsmoitoring.bs@hin.ch) zu senden.

Nicht lesbare und unvollständig ausgefüllte Formulare werden zurückgesandt.

A) Personalien der Patientin / des Patienten

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

B) Gesuchstellende/r Ärztin/Arzt (Gesuchsteller)

Name:

Stempel und Unterschrift
der Ärztin / des Arztes:

Vorname:

Adresse:

Gesuchsdatum:

Tel:

Mail:

C) Zielspital

Name des Spitals:

Abteilung:

Verantwortliche/r
Ärztin/Arzt:

D) Versicherung

Krankenversicherung

Name:

Unfallversicherung angemeldet

Invalidenversicherung angemeldet

E) Medizinische Daten

(STRENG VERTRAULICH: ausschliesslich für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte und für die zuständige Stelle des Wohnkantons)

Erstgesuch

Wiedererwägungsgesuch / Einsprache (Begründung zwingend)

Operation:

Diagnose(n) / Nebendiagnose(n):

Medikamente:

