

Anmeldeformular tagesklinische und stationäre Aufnahme

Datum

Behandler

Patientendaten

Name, Vorname (Titel)

Telefon

Geb.-Datum

Krankenkasse (gesetzlich/privat)

Anschrift

Dringlichkeit:

Sektor

Forschung

Innerhalb 2 Tage/sofort

Innerhalb einer Woche

Planbar

Hauptdiagnose (G = gesichert; V.a. = Verdacht auf)

G V.a.

seit wann gestellt

Nebendiagnose(n) (G = gesichert; V.a. = Verdacht auf)

G V.a.

Aufnehmende Station

stationär

tagesklinisch

Behandlungs-/Diagnostikauftrag:

gesetzliche Betreuung: