

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Wohnort der/des Versicherten _____

Telefon der/des Versicherten _____ Datum _____



Klinik für Dermatologie und Venerologie
Zentrales Aufnahmemanagement
 Telefon: 0761 270-67301
 oder 0761 270-67302
 Telefax: 0761 270-67303

Anfordernde*r Ärztin/Arzt: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Patient*in soll über den Termin informiert werden durch:

Zuweiser Klinik für Dermatologie & Venerologie

Hausarzt von Patient*in: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Praxisstempel

Informationen zur stationären Einweisung

Wahlleistung

1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer Chefarztbehandlung

Angaben zur Einweisung

Diagnose: _____

Vorerkrankungen/Medikamente (vorhandene Befunde und Medikamentenplan bitte vorab faxen):

Körpergewicht (wichtig, bitte angeben): _____ **kg** **Körpergröße (wichtig, bitte angeben):** _____ **cm** **BMI:** _____

Allergien: nein ja welche: _____

Dialyse: nein ja

Multiresistente Erreger: nein ja welche: _____
 (z. B. MRSA, ESBL)

Pflegebedarf

Mobilitätseinschränkungen: nein ja welche: _____

Körperpflege selbständig: nein ja

Inkontinenz: nein ja

Nahrungsaufnahme selbständig: nein ja

Pflegedienst: nein ja welcher: _____

Gesetzliche Betreuung: nein ja Anschrift: _____

Datum _____ Unterschrift anfordernde*r Ärztin/Arzt _____

Wird von der Klinik für Dermatologie und Venerologie ausgefüllt!

Termin: _____ Uhrzeit: _____ Station: _____

Wenn vorherige Vorstellung in Ambulanz notwendig, bitte Anmeldung unter Tel. Nr.: 0761 270-68230