

Anmeldeformular für elektive stationäre Patienten

Fax: 03366/444-402

Durch die Übermittlung des Fax-Formulars willige ich in die mit der Anfrage verbundene, erforderliche Verarbeitung und Speicherung der personenbezogenen Daten gemäß Art. 4 Nr. 1 DSGVO ein.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Krankenversicherung

Einweiser (Praxis)

Telefonnummer

Gewünschter Aufnahmeterrn Zeitraum:

von

bis

Termin mit Patientin vereinbaren

Termin mit Praxis vereinbaren

Praxis über Termin informieren

Diagnose(n)/Grund der Einweisung:

Gewünschte Untersuchung(en) und Fragestellung:

Isolationspflichtige Keimbeseidlung:

nein

ja, bitte Keim und Lokalisation angeben: _____

Mobilität:

normal

Rollstuhl

Bett

Sonstiges:

gerinnungshemmende Medikamente

gesetzliche Betreuung

Telefonnummer des Betreuers