

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Wohnort des Versicherten _____

Telefon _____ Datum _____

Anfordernde/r Ärztin/Arzt: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Praxisstempel

Patient soll über den Termin informiert werden durch:

Zuweiser Klinik für Dermatologie und Allergologie

**Terminanfrage zur dringlichen stationären Einweisung
per Fax: 0641/985-43229**

n.b. bei fehlender Indikation für eine stationäre Therapie, werden die Patienten direkt wieder in Ihre ambulante Weiterbetreuung entlassen.

Wahlleistung

1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer Chefarztbehandlung

Angaben zur Einweisung

Diagnose: _____

Vorerkrankungen/ Medikamente (vorhandene Befunde/ Medikamentenplan bitte anhängen): _____

Allergien: nein ja welche: _____

Dialyse: nein ja welche: _____

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

Pflegebedarf

Mobilitätseinschränkungen: nein ja welche: _____

Körperpflege selbstständig: nein ja

Inkontinenz: nein ja

Nahrungsaufnahme selbstständig: nein ja

Pflegedienst: nein ja welcher: _____

Gesetzliche Betreuung nein ja Anschrift: _____

Datum _____ Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt _____

Wird von der Klinik für Dermatologie und Allergologie ausgefüllt!

Termin: _____

Uhrzeit: _____