



Anmeldeformular tagesklinische und stationäre Aufnahme	Per Fax an: +49 (0) 40 7410-59692
---	---

Datum:	Arzt ZPM:
Patientendaten:	
Name, Vorname (Titel):	Telefon:
	Mobil:
Geb.-Datum:	Dringlichkeit:
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> Sektor
Adresse:	<input type="checkbox"/> Forschung
	<input type="checkbox"/> Innerhalb 2 Tage / sofort
	<input type="checkbox"/> Innerhalb einer Woche
	<input type="checkbox"/> Planbar
	Einweisender Arzt:
	Telefon:
Diagnosen:	
Multiresistente Keime:	
<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> MRGN4
<input type="checkbox"/> MRGN3	<input type="checkbox"/> VRE
<input type="checkbox"/> Sonstige	
<input type="checkbox"/> nicht bekannt	
<input type="checkbox"/> Stat. Zusatzversicherung	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 1-Bett
<input type="checkbox"/> 2-Bett	<input type="checkbox"/> Arztwahl
<input type="checkbox"/> nein	
Aufnehmende Station:	
<input type="checkbox"/> Stationär	
<input type="checkbox"/> Tagesklinisch	
Sonstige wichtige Informationen:	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung
	<input type="checkbox"/> Infektionserkrankung
	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> pflegebedürftiger Pat
	<input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuung
	<input type="checkbox"/> Dolmetscher notwendig
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>