

Anfrage stationärer Aufenthalt – Medizinische Klinik

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Telefonnr. Patient: _____

Bitte geben Sie eine für Ärztliche Rückfragen **gut erreichbare** Telefonnr. an: _____

Versicherungsstatus: gesetzlich ☐ privat ☐

Wahlleistung: 2-Bett/CA ☐ 1-Bett/CA ☐

Einweisungsgrund/Verdachtsdiagnose/

Indikation zur stationären Aufnahme: _____

Infektiös: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja: _____

Allergien: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja: _____

Diabetes: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja: _____

OAK: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja: _____

Vorerkrankungen: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja: _____

Dauermedikation: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja: Bitte als Anhang einen aktuellen Bundesmedikationsplan

Bitte das vollständig ausgefüllte Formular, Einweisung, Medikationsplan und Vorbefunde per Fax an:

Station 10 – Gastroenterologie – 0234/299-3499 oder station10.bochum@knappschaft-kliniken.de

Station 1 – Wahlleistungsstation – 0234/ 299-3389 oder station1.bochum@knappschaft-kliniken.de

Zwingend erforderlich: Arztstempel/Unterschrift

| |
|--|
| wird vom Krankenhaus ausgefüllt |
| Handzeichen/Datum- Arzt |
| Gefaxt und gescannt am: |