

Patientenanmeldung zur stationären Behandlung in der Neurologie der Hephata-Klinik

Einweisungsgrund: _____

Einweisungsdiagnose: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

gesetzlicher Betreuer: _____

gesetzlicher Betreuer Telefonnummer: _____

Ist der Patient bereits in der Hephata Klinik / MVZ bekannt? ja nein

Wenn ja, wo? Klinik oder MVZ (ambulant)

Pflegegrad? nein ja _____

Hilfsmittel vorhanden? nein ja _____

Vorbefunde vorhanden? nein ja _____

Bitte vorhandene Befunde und aktuellen Medikamentenplan anhängen.

Dringlichkeit / Aufnahmezeitraum: binnen einer Woche mehr als eine Woche

Bitte denken Sie daran, dem Patienten eine „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ auszuhändigen.

Rückruf erwünscht? nein ja

Kontaktdaten / Telefonnummer des Zuweisers:

**Bei sofortigem Behandlungsbedarf muss keine vorherige Anmeldung des Patienten erfolgen.
 Bitte umgehend in der Klinik auf Station 2a vorstellen.**

Aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir in diesem Text das generische Maskulinum.