tagesklinik

#  Anmeldung für die Tagesklinik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum:** | **Anrufer:** | **Gespräch entgegengenommen von:** |
|       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |       | PLZ / Wohnort |       |
| Vorname |       | Straße / Nr |       |
| Geburtstag |       | Telefon Eltern |       |
| Hauptversicherter(Geb.datum) |       | Dienstlich:Handy: |            |
| Wann/wo stationär |       | Wann/wo ambulant |       |
| 🡺 **MRSA** | [ ]  ja [ ]  nein Datum letzter Abstrich:       |
| Besonderheiten(Diät o.ä.): |       |
| Kinder-/ Hausarzt |       | [ ]  SPZ | m.A |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnose, Verdachtsdiagnose** |  |
| 1.       | 2.       |
| 3.       | 4.       |

|  |
| --- |
| **Angaben zur Anamnese** |
| Bitte ausgefüllt mit zugehörigen Befunden an 0511 / 8115 993450 faxen. Danke!                        |