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! |