



Anmeldebogen für einweisende und überweisende Ärztinnen / Ärzte

Patienten-Kontaktdaten

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Diagnose: _____

Epikrise (Krankheitsverlauf, Vorbehandlungen etc.)

Liegen Vorbefunde vor? Ja Nein

Wenn ja, senden Sie uns diese bitte ebenfalls per Fax unter 0511 8115 992520 zu.

Ärztliche Fragestellung:

Ist aus Ihrer Sicht eine stationäre Aufnahme gerechtfertigt? Ja Nein

Wir bitten Sie, den **ärztlich** ausgefüllten Anmeldebogen an folgende Fax-Nummer zurückzusenden: **0511/8115 99 2520**. Nach Erhalt und Besprechung der von Ihnen eingereichten Unterlagen setzen wir uns mit der Familie in Verbindung.

Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Einweiser Anmeldebogen DuA 900934	Erstellung:	Schröter, Sarah	Erstelldatum:	19.11.2018	Seite 1/1
	Prüfung:	Ott, Hagen, PD Dr.	Versionsdatum:	27.05.2020	
	Freigabe Inhalt:	Ott, Hagen, PD Dr.	Revisionsdatum:		
	Freigabe Form:	Damm, Gabriele	Version:	03	