

Anmeldeformular für die elektive stationäre Einweisung von Patienten

Kontakt: Janine Kloidt
Aufnahmemanagement: Chefarztsekretariat
Telefon: 0385-520 3388
Fax: 0385-520 3308
E-Mail: Janine.Kloidt@helios-gesundheit.de

Bitte geben Sie den Patienten direkt alle Unterlagen für die stationäre Aufnahme mit:
Krankenhauseinweisung,
ggf. Transportschein,
Medikamentenplan, Vorbefunde.

.....
.....
.....
.....
(Name, Anschrift und Stempel des einweisenden Arztes)

.....
(Telefon-Nr. des einweisenden Arztes) (Fax.-Nr. des einweisenden Arztes)

Name und Vorname des Patienten:
Geburtsdatum:
Wohnort
Aktuelle Wohnsituation:
Telefon-Nr. des Patienten/PH/ Angehörige
Verdachtsdiagnose:
.....
.....

Früherer stationärer Aufenthalt in unserer Klinik: nein ja, Zeitraum:

Aktuelle Symptomatik:
.....
.....
.....

Seit wann bestehend?

Absprachefähig? ja nein
Verbleibt freiwillig auf der Station? ja nein
Körperlich immobil? ja nein
Weitgehend selbständig und eigenversorgend? ja nein
Corona-Impfung erfolgt? ja nein

Dringlichkeit der stationären Aufnahme: eilt
 elektiv

.....
Ort und Datum Unterschrift des Arztes
