



Anmeldung zur stationären Aufnahme an einer Abteilung für konservative Medizin

Anmeldung durch

Ärztin/ Arzt/ Ordination/ Organisation (oder Stempel)	
Telefonnummer für Rücksprache	

Stammdatenblatt

Nachname				Vorname			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geb. Dat.		Soz. Vers. Nr.		Versicherung			
Straße				PLZ		Ort	
Telefonnummer (zur Terminvereinbarung)							

Aufnahmeabteilung

Abteilung	MARGARETEN		LANDSTRASSE	
	<input type="checkbox"/> Kardiologie	<input type="checkbox"/> allgemeine Innere Medizin	<input type="checkbox"/> allgemeine Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Palliativmedizin***
	<input type="checkbox"/> Pulmologie	<input type="checkbox"/> orthopädische Schmerztherapie*	<input type="checkbox"/> Akutgeriatrie und Remobilisation**	
	<input type="checkbox"/> Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Akutgeriatrie und Remobilisation**		

Informationen zur Aufnahme

Anmeldung für	<input type="checkbox"/> allg. Klasse <input type="checkbox"/> Sonderklasse <input type="checkbox"/> selbstzahlend	Zusatzversicherung	
Aufnahme	<input type="checkbox"/> so bald wie möglich <input type="checkbox"/> Warteliste <input type="checkbox"/> planen ab folgendem Datum:		
Aufnahmegrund Diagnose(n) Fragestellung			
Vorerkrankungen/ Nebendiagnosen			
vorgeschlagene Diagnostik/ Intervention			
Bemerkung			