

Anmeldung für geriatrische Hospitalisierung



Dringlichkeit Notfall dringend nicht dringend (7-14 Tage) nicht dringend (15-28 Tage)

Datum

Absender

Praxis

Arzt

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Patient/Patientin

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Telefon

Krankenkasse

Vers. Nr.

Geschlecht männlich weiblich

Nationalität

Versicherungsklasse Allgemein Halbprivat Privat

Hausarzt Modell Ja Nein

Einweisungsdiagnose/Fragestellung

Relevante Anamnesen

Beilagen

Bitte senden Sie nach Möglichkeit die untenstehenden Beilagen mit der Anmeldung mit. Vielen Dank.

Berichte Befunde eMediplan (Medikamentenliste) Labor Patho

Datum

Stempel/Unterschrift