

Qualifizierte Patientenmeldung

Datum: _____



! Bitte: Arztbrief und wichtige aktuelle Befunde faxen !
Fax: 06181/1895-232 Telefon: 06181/1895-230

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr.: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

gesetzlich privat (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Diagnosen: _____

Symptomlast: _____

aktueller Aufenthaltsort: (falls von oben abweichend):

Einrichtung _____ bis (ca.) _____

Tel.-Nr.: _____

nächster Angehöriger: (bitte Rückrufnummer für Terminvereinbarungen **unbedingt** angeben)

Name, Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Ehefrau Ehemann Tochter/ Sohn Sonstige _____ (bitte ankreuzen)

anmeldende Person: (falls abweichend)

Name, Vorname: _____

Tel.-Nr.: _____

Hausarzt: (bitte Rückrufnummer **unbedingt** angeben)

SAPV ja oder **KLINIK-SAPV** ja

Name, Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Fax.- Nr.: _____