

Ich möchte folgende Patientin / folgenden Patienten elektiv zuweisen:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-dat.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Einweisender Arzt: _____

Einweisungsgrund (Verdachtsdiagnose / Symptome / Symptomdauer):

Pflegebedürftigkeit

- nein, in allen Tätigkeiten selbstständig
- Ja, teils hilfsbedürftig (Pflegegrad ____)

Sonstiges

- Infektionen (z. B. MRSA, MRGN)

Private (Zusatz-)Versicherung

- Nein
- Ja, 1-Bett
- Ja, 2-Bett

- Orale Antikoagulation

- Herzschrittmacher
- Weitere Besonderheiten

Folgende Untersuchungen sollten eingeplant werden:

-
-
-

Bitte das Formular vollständig ausfüllen und relevante Vorbefunde (insbesondere bisherige Diagnostik, Bild- und Laborbefunde sowie Medikamentenplan) hinzufügen!

Interne Vermerke

Termin:

Mitgeteilt am: