

Ich möchte folgende Patientin / folgenden Patienten elektiv zuweisen:

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

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Einweisender Arzt: _____

Einweisungsgrund (Verdachtsdiagnose / Symptome / Symptombdauer):

Pflegebedürftigkeit

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

Private (Zusatz-)Versicherung

- ☐ Nein
☐ Ja, 1-Bett
☐ Ja, 2-Bett

Sonstiges

- ☐ Infektionen (z. B. MRSA, MRGN)

- ☐ 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: