

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
Sie möchten eine/n Patienten/in in unser Krankenhaus einweisen? Dann benötigen wir folgende Angaben vorab per Fax oder per E-Mail. Angaben, die mit einem Sternchen (*) markiert sind, müssen ausgefüllt werden. Vielen Dank.

Angaben zur einweisenden Person

Name, Vorname*

Geburtsdatum*

Telefon / Mobil*

Wohnort*

Angaben zur Versicherung der einweisenden Person*

GKV Selbstzahler PKV

War der/die Patient/in schon einmal bei uns?

nein ja

Hat der/die Patient/in einen Pflegegrad?

nicht bekannt Nein Ja

wenn ja, Pflegegrad:

1 2 3 4 5

Der/Die Patient/in hat eine/n gesetzliche/n Betreuer/in

Kontaktdaten:

Name der Klinik oder des/r einweisenden Arzt/Ärztin + Datum*

(Stempel der Einrichtung)

Diagnose/Fragestellung*

(Warum soll der/die Patient/in zu uns kommen?)

Bekannte Vorerkrankungen:

Nimmt der/die Patient/in Metformin ein?*

nein ja

Nimmt der/die Patient/in Antikoagulantien?*

nein ja

Wenn ja welches Medikament?

Sind Infektionen bekannt?*

MRSA MRGN ESBL TBC

Sonstige:

Feld für Bemerkungen:

Bitte senden Sie uns diese notwendigen Unterlagen per Fax unter der Nummer 04102 / 601 - 7302 oder per E-Mail unter belegung@lungenclinic.de zu.

- Befunde bildgebende Vordiagnostik
- Arztberichte von Vorbehandlungen
- Medikamentenplan
- Verordnung von Krankenhausbehandlung