

Sehr geehrte Kolleg:innen,  
Sie möchten Patient:innen 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 Patient:in

Name, Vorname\*

Geburtsdatum\*

Telefon / Mobil\*

Wohnort\*

### Angaben zur Versicherung Patient:in\*

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 Unterla-  
gen per Fax unter der Nummer 04102 / 601 - 7302  
oder per E-Mail unter [belegung@lungenclinic.de](mailto:belegung@lungenclinic.de)  
zu.**

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