



## Anmeldung für einen Spitalaufenthalt

### Zuweisender Arzt/Institution

Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

(Abteilung)

### Anmeldung für

Chirurgie  Gynäkologie \_\_\_\_\_

Orthopädie  Medizin \_\_\_\_\_

Urologie \_\_\_\_\_

### Eintritt

dringend \_\_\_\_\_

innert \_\_\_\_\_ Tagen

Wunschtermin \_\_\_\_\_

### Behandlung

Operation \_\_\_\_\_

Abklärung/Diagnostik \_\_\_\_\_

Sprechstunde vor Operation erwünscht \_\_\_\_\_

### Patienten Angaben

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

weiblich  männlich \_\_\_\_\_

Tel privat \_\_\_\_\_

Tel mobil \_\_\_\_\_

Tel Geschäft \_\_\_\_\_

### Diagnose

### Relevante Nebendiagnosen

### Multiresistente Erreger

MRSA \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

ESBL (mit Angabe des Keims) \_\_\_\_\_

nicht bekannt \_\_\_\_\_

### Abklärung

### Medikamente



Hausarzt

---

Adresse

---

PLZ/Ort

---

Telefon

---

Krankenkasse

---

Mitglieder-Nr.:

---

- Allg. Abteilung/4-Bett-Zimmer (A1)  
 Halbprivat/2-Bett-Zimmer (P3)  
 Privat/1-Bett-Zimmer (P1)
- 

**Orientierung**

- orientiert       selbständig       Sitzwache notwendig

**Mobilität**

- selbständig       mit Unterstützung

**Hilfsmittel**

- Gehstock       Rollator       Rollstuhl

**Körperpflege**

- selbständig       mit Unterstützung

**Ernährung**

- selbständig       mit Unterstützung

**Spezielles**

- PEG       Tracheostoma       BMI:
- 

**Beilagen**

- Röntgenbilder       Labor       EKG

Freundliche Grüsse

Ort, Datum

---

Name

---

Stempel und Unterschrift