

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