



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

Zusammenfassung (mittels copy/paste)