

EXTERNER ANMELDEBOGEN ELTERN-KIND-Zentrum Prof. Hess

Bereich ☐ Tagesklinisch (TK2) [Fax 0421-497-1976399], tagesklinik-elki@gesundheitsnord.de
☐ stationär [Fax 0421-497-1976799], patientenmgt-elki@gesundheitsnord.de

Anmeldende/r Ärzt:in: _____ Telefon für Rückfragen: _____

Datum der Anmeldung: _____ **Abteilung** _____

Terminwunsch Ihrerseits: ☐ eilig (< 2 Wo) ☐ dringlich (< 4 Wo) ☐ nicht eilig (nä. freier Termin) ☐

Achtung: Die Einschätzung der Dringlichkeit kann von den Klinikfachärzten durchaus anders ausfallen !

PATIENTENNAME: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Telefon:** _____

Versichertenstatus ☐ GKV ☐ PKV Chefarztwahl: ja ☐ nein ☐

(Verdachts)-Diagnosen: _____

**Fragestellungen
/Arbeitsauftrag:**

Medikamente: _____

Allergien/Besondere Ernährung/bes. Pflegebedarf _____

Sonstiges: _____

Frühere stat. Aufenthalte? Wo? _____

Gibt es alte Arztbriefe/Rö.-Bilder? Was? Werden sie mitgebracht? _____

Ich bestätige, dass die Sorgeberechtigten mit der Weitergabe der Patienten-Daten einverstanden sind.

Datum: Unterschrift anmeldende/r Ärzt:in.....