

➔ EINWEISUNG

zur stationären Behandlung

per Fax an **(0421) 497 19 72599**

➔ PATIENT/IN

- Patient/in ist auf Station bekannt
- Fortsetzung einer laufenden Behandlung

Name		Vorname
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Krankenversicherung	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße		PLZ, Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>

➔ MEDIZINISCHE INFORMATION / FRAGESTELLUNG / BEHANDLUNGS-AUFTRAG

Bitte einschlägige Vorbefunde und Berichte beifügen!

Telefonische Kontaktaufnahme gewünscht

Terminwunsch

Praxisstempel / Unterschrift

Telefon und Fax-Nr. der Praxis

Erstellt von: Fr. Steljes, Sekretariat KD In. Med. II	Dateiname: In.Med.II_In.Med.II_FB_Fax-Formular-stationäre Vorstellung_V2.0_2018-08-01
Geprüft von: Prof. Ockenga, KD In. Med. II	Gültig bis: zur Erstellung einer neuen Version
Freigegeben von: Prof. Ockenga, KD In. Med. II Signatur: In SharePoint freigegeben	Seite 1 von 1