

② EINWEISUNG

zur stationären Behandlung

per Fax an (0421) 497 19 72599

③ PATIENT/IN

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

Name		Vorname
Krankenversicherung	Geburtsdatum	Telefon-Nr.
Straße		PLZ, Ort

④ MEDIZINISCHE INFORMATION / FRAGESTELLUNG / BEHANDLUNGSAUFTAG

Bitte einschlägige Vorbefunde und Berichte beifügen!

Telefonische Kontaktaufnahme gewünscht

Terminwunsch _____

Telefon und Fax-Nr. der Praxis

Erstellt von: Fr. Steljes, Sekretariat KD In. Med. II	Dateiname: In.Med.II_In.Med.II_FBX_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