

Krankenkasse bzw. Kostenträger \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Wohnort des Versicherten \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Anfordernde/r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Praxisstempel

Patient soll über den Termin informiert werden durch:

Zuweiser  Klinik für Dermatologie und Allergologie

### Vorabinformationen zur dringlichen stationären Einweisung

n.b. bei fehlender Indikation für eine stationäre Therapie, werden die Patienten direkt wieder in Ihre ambulante Weiterbetreuung entlassen.

#### Wahlleistung

1-Bett-Zimmer  2-Bett-Zimmer  Chefarztbehandlung

#### Angaben zur Einweisung

Diagnose: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen/ Medikamente (vorhandene Befunde/ Medikamentenplan bitte anhängen): \_\_\_\_\_

Allergien:  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

Dialyse:  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

Multiresistente Erreger:  nein  ja welche: \_\_\_\_\_  
(z.B. MRSA; ESBL)

#### Pflegebedarf

Mobilitätseinschränkungen:  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

Körperpflege selbstständig:  nein  ja

Inkontinenz:  nein  ja

Nahrungsaufnahme selbstständig:  nein  ja

Pflegedienst:  nein  ja welcher: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Betreuung  nein  ja Anschrift: \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt

**Wird von der Klinik für Dermatologie und Allergologie ausgefüllt!**

Termin: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_