

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

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

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

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

**Anfordernde/r Ärztin/Arzt:** \_\_\_\_\_

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

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

**Patient soll über den Termin informiert werden durch:**

Zuweiser  Klinik für Dermatologie und Allergologie

Praxisstempel

**Terminanfrage zur dringlichen stationären Einweisung  
per Fax: 0641/985-43229**

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: \_\_\_\_\_