

Terminmanagement

Telefon 0331 241-36202 | Fax 0331 241-36200

Datum _____

Patientenaufkleber

Praxisstempel/ Ansprechpartner/ **Telefon:**

Patientendaten: weiblich | männlich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel/Mobil:

E-Mail:

Krankenversicherung:

Medizinische Daten:

Diagnose:

gesichert: ja | nein

wesentliche Begleiterkrankungen:

Einweisungsgrund:

Bemerkungen:

Rückruf erwünscht: ja | nein

Terminwunsch

- eilt
- dringlich (innerhalb von 2 Wochen)
- elektiv, ev. Wunschtermin

Wichtige Befunde:

Labor:

Bildgebung:

Rückantwort

Aufnahmedatum/ Uhrzeit:

Station:

Patient/ einweisende Praxis über Aufnahme informiert:

Datum:

Unterschrift:

Erstellt durch	Geprüft und freigegeben durch	Stand
Ltd. OÄ Dr. Weinerth	Ltd. OÄ Dr. Weinerth	06/2019