**FAX-Anmeldeformular für stationäre Patienten**

**(Bitte an 02402 / 107-4431 faxen)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vom einweisenden Arzt auszufüllen:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Praxis (mit Faxnummer)** | |  | **Patient** | | | Name: |  |  | Name, Vorname: |  | | Straße: |  |  | Straße: |  | | PLZ, Ort: |  |  | PLZ, Ort: |  | | Faxnummer: |  |  | Geburtsdatum: |  |  |  |  | | --- | --- | | (Verdachts-)Diagnose: |  | | Gewünschte Untersuchungen: |  | | Bereits erfolgte Untersuchungen/  Mitgegebene Befunde |  |   ***Bitte stationäre Einweisung und Vorbefunde mitgeben.*** |
|  |
| **Vom Bethlehem Gesundheitszentrum auszufüllen:**   |  |  | | --- | --- | | Formular entgegengenommen: |  | | Aufnahme am: |  | | Auf Station: |  |   **Vereinbarte Termine:**   |  |  | | --- | --- | | **Datum** | **Untersuchung** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | | Rückfax gesendet: |  | |