**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: |       |

 |