

## Patientenanmeldung zur stationären Behandlung in der Neurologie der Hephata-Klinik

Einweisungsgrund: \_\_\_\_\_

Einweisungsdiagnose: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

gesetzlicher Betreuer: \_\_\_\_\_

gesetzlicher Betreuer Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ist der Patient bereits in der Hephata Klinik / MVZ bekannt?      ja              nein

Wenn ja, wo?                      Klinik      oder              MVZ (ambulant)

Pflegegrad?                      nein              ja      \_\_\_\_\_

Hilfsmittel vorhanden?              nein              ja      \_\_\_\_\_

Vorbefunde vorhanden?              nein              ja      \_\_\_\_\_

**Bitte vorhandene Befunde und aktuellen Medikamentenplan anhängen.**

Dringlichkeit / Aufnahmezeitraum:              binnen einer Woche              mehr als eine Woche

**Bitte denken Sie daran, dem Patienten eine „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ auszuhändigen.**

Rückruf erwünscht?              nein              ja

Kontaktdaten / Telefonnummer des Zuweisers:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bei sofortigem Behandlungsbedarf muss keine vorherige Anmeldung des Patienten erfolgen.  
 Bitte umgehend in der Klinik auf Station 2a vorstellen.**

Aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir in diesem Text das generische Maskulinum.