

PATIENTENINFORMATION

Arztpraxis → Klinik

Fax:



Arztstempel:

Erreichbarkeit (Zeiten/Telefonnr.):

Patientendaten:

Siehe obiger Aufdruck (Name, Geburtsdatum, Adresse, Krankenkasse)

Angehörige (Name/Beziehungsverhältnis/Telefon):

Gesetzlicher Betreuer:

Vorsorgevollmacht: nein / ja bevollmächtigt:

Patientenverfügung: nein / ja

Medizinische Daten (ggf. als Anlage):

Diagnosen:

Anamnese aktuell:

Cave-Hinweise, Allergien:

Medikamente (Rezeptverordnungen):

Befunde:

Technische Befunde (Labor, Rö, Sono, EKG, usw):

Bisherige Therapie:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Faxnr. der Empfänger: **Ev. Krhs:** 236-429 / **Klinikum:** 403-2700 / **Pius-Hosp:** 229-1111