

## Anmeldeformular für die elektive stationäre Einweisung von Patienten

Kontakt: Manja Jarke  
Aufnahmemanagement: Chefarztsekretariat  
Telefon: 0385-520 3388  
Fax: 0385-520 3308  
E-Mail: Manja.Jarke@helios-gesundheit.de

Bitte geben Sie den Patienten direkt alle Unterlagen für die stationäre Aufnahme mit:  
Krankenhauseinweisung,  
ggf. Transportschein,  
Medikamentenplan, Vorbefunde.

.....  
.....  
.....  
.....  
(Name, Anschrift und Stempel des einweisenden Arztes)

.....  
(Telefon-Nr. des einweisenden Arztes) (Fax.-Nr. des einweisenden Arztes)

Name und Vorname des Patienten: .....  
Geburtsdatum: .....  
Wohnort .....  
Aktuelle Wohnsituation: .....  
Telefon-Nr. des Patienten/PH/ Angehörige .....  
Verdachtsdiagnose: .....  
.....  
.....

Früherer stationärer Aufenthalt in unserer Klinik:  nein ja, Zeitraum: .....

Aktuelle Symptomatik:  
.....  
.....  
.....

Seit wann bestehend? .....

Absprachefähig?  ja  nein  
Verbleibt freiwillig auf der Station?  ja  nein  
Körperlich immobil?  ja  nein  
Weitgehend selbständig und eigenversorgend?  ja  nein  
Corona-Impfung erfolgt? Nachweis mitbringen  ja  nein

Dringlichkeit der stationären Aufnahme:  eilt  
 elektiv

.....  
Ort und Datum Unterschrift des Arztes

---