

Krankenkasse bzw. Kostenträger \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße, Wohnort der/des Versicherten \_\_\_\_\_  
Telefon der/des Versicherten \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_



Klinik für Dermatologie und Venerologie  
**Zentrales Aufnahmemanagement**  
Telefon: 0761 270-67301  
oder 0761 270-67302  
Telefax: 0761 270-67303

Anfordernde\*r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_ Praxisstempel \_\_\_\_\_  
Telefon: (alternativ) \_\_\_\_\_  
Fax: (Praxisstempel) \_\_\_\_\_  
Patient\*in soll über den Termin informiert werden durch:  
 Zuweiser  Klinik für Dermatologie & Venerologie  
Hausarzt von Patient\*in: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Informationen zur stationären Einweisung

### Wahlleistung

1-Bett-Zimmer  2-Bett-Zimmer  Chefarztbehandlung

### Angaben zur Einweisung

Diagnose: \_\_\_\_\_

Histologie vorhanden:  nein  ja (bitte der Anfrage beifügen)

Vorerkrankungen/Medikamente (vorhandene Befunde und Medikamentenplan bitte vorab faxen): \_\_\_\_\_

Körpergewicht (wichtig, bitte angeben): \_\_\_\_\_ kg Körpergröße (wichtig, bitte angeben): \_\_\_\_\_ cm BMI: \_\_\_\_\_

Allergien:  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

Dialyse:  nein  ja

Multiresistente Erreger:  nein  ja welche: \_\_\_\_\_  
(z. B. MRSA, ESBL)

### Pflegebedarf

Mobilitätseinschränkungen:  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

Körperpflege selbständig:  nein  ja

Inkontinenz:  nein  ja

Nahrungsaufnahme selbständig:  nein  ja

Pflegedienst:  nein  ja welcher: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Betreuung:  nein  ja Anschrift: \_\_\_\_\_

Vorherige Vorstellung in der Präoperativen  
Sprechstunde gewünscht

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift anfordernde\*r Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_

**Wird von der Klinik für Dermatologie und Venerologie ausgefüllt!**

Termin: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Wenn vorherige Vorstellung in Ambulanz notwendig, bitte Anmeldung unter Tel. Nr.: 0761 270-68230