

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



**Fax-Anmeldung 0 33 34- 69 1213 zur  
stationären Aufnahme für die Klinik/ das Fachgebiet**

**Wir bitten um Terminvereinbarung mit dem Patienten mittels:**

- Telefon, Nr.: \_\_\_\_\_, günstige Uhrzeit für Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_
- E-Mail, Adresse: \_\_\_\_\_

Terminwunsch des Patienten: \_\_\_\_\_

**Indikation/ Fragestellung:**

**Vorbefunde:**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_ **Praxisstempel:** \_\_\_\_\_  
**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_  
**Fax-Nummer:** \_\_\_\_\_

**Durch die Klinik auszufüllen:**

Posteingang: \_\_\_\_\_ Terminvergabe am: \_\_\_\_\_

**Termin:** \_\_\_\_\_

**Procedere:**

geplantes Entlassdatum/ Wiedervorstellung in Ihrer Praxis: \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_