

Fax-Formular zur Anmeldung einer stationären Behandlung

FAX-Nr.: 0231 - 95318799



(WICHTIG: unbedingt Pat.-Tel. angeben zur Terminvereinbarung)

Einweiser:

Patient:

Name:.....

Vorname:..... Frau Mann

Geb. am:...../...../.....

Tel.:.....

Stationäre Versicherung: Kasse Privat

Diagnose:.....

.....

geplante Operation / Therapie:.....

.....

Pat. wurde bereits im KlinikumDo behandelt: ja nein

Telefonische Rücksprache erbeten? ja nein

Anmerkungen:

FAX-Nr.: 0231 - 95318799