

## Anfrage einer Einweisung

zur **stationären Versorgung**

bitte per Fax an die **0551-3968454**

→ Praxisangaben (ggf. Stempel):

Name Praxis:  
Name Anmelder:  
Telefon:  
Mail:

→ Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Patient(in) ist in UMG bekannt (bitte ankreuzen wenn zutreffend)

→ Med. Informationen (Antikoagulantien, etc?), Fragestellung, Behandlungsauftrag (bitte Befunde anfügen):

→ Isolierungspflicht bei vorbekanntem Krankenhauskeim (bitte Befunde anfügen):

ja  nein

Wenn ja, welcher Keim liegt an welcher Lokalisation vor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

→ Dringlichkeit (bitte angeben, z.B. sofort, innerhalb 1 Woche, etc.):

\_\_\_\_\_

**HINWEIS:** Der Patient wird vom Case Management über alle Einzelheiten telefonisch informiert.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift