Anmeldung von Patienten für stationäre Aufnahme im Fachkrankenhaus für Rheumatologie

KLINIK AN DER WEISSENBURG

anmeldung.rheumazentrum@klinik-weissenburg.de 036742 | 66 222

Anmeldung erfolgt durch:

◯ Behandelnden Arzt:

Name, Vorname (Stempel)

Tel./Fax:

◯ Patient/Patientin:

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

Krankenkasse:

Gewünschte Anbindung:

◯ Rheumatologie

☐ Akutdiagnostik und Therapie

☐ Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung

◯ Multimodale Schmerztherapie / Spezielle Schmerztherapie

Bisherige rheumatologische Behandlung **(falls erfolgt)** bei:

Diagnosen:

◯ Gesichert:

◯ Verdachtsdiagnose:

Langzeitsauerstofftherapie:

◯ JA

☐ permanent mit _____ l / min.

☐ bei körperlicher Belastung mit _____ l / min.

☐ während der Nacht mit _____ l / min.

◯ NEIN

Dringlichkeit: Vom anmeldenden Arzt auszufüllen!

☐ Akut innerhalb 7-14 Tage ☐ mittelfristig innerhalb 2-4 Mon. ☐ planbar > 4 Mon.

Bitte übersenden Sie uns mit dem Anmeldeformular relevante Unterlagen, z.B. Labor, Bildgebung, Facharztberichte etc.

04/2024

Dok. Nr. D31292 V3