

# Anmeldung stationärer Eintritt

## Personalien

Name					W	M
Vorname						
Geburtsdatum						
Adresse	PLZ, Ort					
Telefon	Mobile					
Name Versicherung	Policen-Nummer					
Name Zusatzversicherung	Policen-Nummer					
Rechnungsträger	Unfallversicherung	Krankenkasse	Selbstzahler	Allgemein	Halbprivat	Privat

## Klinik

## Eintritt via

Medizin	Chirurgie	Gynäkologie	Notfall	auf Abteilung
---------	-----------	-------------	---------	---------------

## Eintrittsdiagnose

## Nebendiagnose

## Besonderes (Isolation, Telemetrie, etc.)

## Hausarzt

## Einweisender Arzt/Einrichtung

Name					Name
Adresse					Adresse
PLZ/Ort					PLZ/Ort
Telefon					Telefon
Mögliche Anschlusslösung	AÜP	Reha	Kur	<b>ICD-Code</b>	
Eintrittsdatum					Uhrzeit

## Datum

## Absender oder Unterschrift