

Anmeldende Praxis

Ansprechpartner/Tel.-Nr.

Terminwunsch zur Verlegung/Einweisung

Klinik für Innere Medizin

Chefärztin:

Georgina Große (komm.)

Fachärztin für Innere
Medizin, ZB klinische Akut-
und Notfallmedizin

Anmeldung stationär:

Belegungsmanagement

Tel.: 03544 58-210

Fax: 03544 58-144

**ANMELDUNG zur stationären internistischen Behandlung
(elektive Diagnostik / Therapie)**

Name des Patienten/der Patientin

geb. am:

Kostenträger

Kontaktperson (Betreuer Angehöriger Bekannter)

**Fragestellung und
anamnestische Angaben:**

- Unklare abdominelle Beschwerden Dysphagie / therapieresistente Refluxbeschwerden
 Diagnostik bei hämatolog. Erkrankung Synkope / Kreislaufdysregulation
- Diagnostik bei V. a. auf Tumorerkrankung Elektrolytstörung / Anämie / Stoffwechselentgleisung
 Unklare Luftnot / Thoraxschmerz (nicht-infarktverdächtig)
 Unklarer Gewichtsverlust / Fatigue / reduzierter AZ
- Endoskopische Intervention: _____
- Andere (bitte kurz begründen): _____
- Infektiös? (z.B. HIV, MRSA) _____

Zusatzleistung:

Chefärztin

Einzelzimmer

Zweibettzimmer

Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____