
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: _____