**Patientenanmeldung zur konservativen Therapie**

Dieses Dokument bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

An die Aufnahmekanzlei der WPK Fax. Nr: 01/40180/7723

**Vorname:** ………………………………………….. **Nachname:** ………………………………………….……..

**Geb.dat.:** ……………………………………….. **Geschlecht:** o weiblich o männlich

**E-Mail vom Patienten**: …………………………………………………………………………………………………...

**Handynummer Patient**: ………………………………………………………………………………………………….

**Belegarzt (Name in Blockbuchstaben):** ………………………………….……………………………………….

Aufnahmedatum: …………………………………. Einbett  Mehrbett 

Zusatzversicherung  Selbstzahler 

Geplante Aufenthaltsdauer: ………………………………….

Aufnahmediagnose: ………………………………….………………………………….………………………………….

|  |
| --- |
| **Gewünschte Untersuchungen bis zur 1. Visite** |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Therapie** | |
| **Per os:** | **Infusion:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Sonstiges:** |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift des Belegarztes