

Patientenanmeldung KONSERVATIV

Dieses Dokument bitte **DIGITAL** ausfüllen und an die Aufnahme der WPK übermitteln
E-Mail: aufnahme@wpk.at oder Fax: +43 1 40180 DW 7723



Belegärztin/Belegarzt: _____

Namen einfügen

PatientInnendaten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb. Datum: _____ E-Mail Adresse: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers Handynummer: _____

Aufnahme Daten (Uhrzeit: wenn nicht anders angegeben fixieren wir die Aufnahmezeit ab 13:00 Uhr)

Aufnahme Datum: _____ Uhrzeit: _____ ambulant stationär Dauer (Tage): _____

Einbett Mehrbett Öst.-Sozialversicherung: Ja Nein

Öst.Zusatzversicherung / Cigna / Allianz Worldwide: Ja Nein Selbstzahler: Ja Nein

ICD Code: _____ Aufnahmeidiagnose: _____

Gewünschte Untersuchungen bis zur 1. Visite

Per os:

Gewünschte Therapie

Infusion:

Sonstiges

Nr.	Dokumentenart	Revision	Gültig ab	Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:	Adaptiert von:
419FB	Formblatt	G	05.12.2023	VD	VD	VD	VD