

- **ausschließlich** für stationäre Termine -
 per Fax: 0661/84-3733 oder E-Mail: patientenmanagement@klinikum-fulda.de

Fachbereich			
<input type="checkbox"/> MEDIV	<input type="checkbox"/> MEDV	<input type="checkbox"/> NRO	<input type="checkbox"/> URO
<input type="checkbox"/> HCH	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> HNO	<input type="checkbox"/> NCH
<input type="checkbox"/> NCH	<input type="checkbox"/> GCH	<input type="checkbox"/> UO	<input type="checkbox"/> HTC

Patientendaten	
Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
Telefonnummer / Mobil:	
Straße & Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Krankenkasse:	
Zusatzversicherung (Chefarzt, Wahlleistung Unterkunft):	

Vorbefunde (letzte 2 Jahre) – bitte per Fax übermitteln		
<input checked="" type="checkbox"/> Facharztbefunde	<input checked="" type="checkbox"/> Arztbriefe (MVZ)	<input checked="" type="checkbox"/> Diagnosenliste
<input checked="" type="checkbox"/> Krankenhausentlassungsbriefe	<input checked="" type="checkbox"/> Medikamentenplan	<input checked="" type="checkbox"/> Laborbefunde (2 Monate)
<input checked="" type="checkbox"/> Radiologiebefunde (CT, MRT)	<input checked="" type="checkbox"/> Urinbefunde (2-3 Monate)	<input type="checkbox"/>

Einweisungsdiagnose / Indikation / Fragestellung

Kontaktdata Anforderer	
Praxisname:	Praxisstempel:
(bitte gut sichtbar anbringen)	