

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

Fachbereich			
<input type="checkbox"/> Kardiologie (IN I)	<input type="checkbox"/> Gastroenterologie (IN II)	<input type="checkbox"/> Nephrologie (IN III)	<input type="checkbox"/> Rheumatologie (IN IV)
<input type="checkbox"/> Pneumologie (IN V)	<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/> Allgemein- / Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie
<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> Mund-/Kiefer- / Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/> Hals-/Nasen-/ Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> Neurologie
<input type="checkbox"/> Augenklinik	<input type="checkbox"/> Tumorklinik	<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde	<input type="checkbox"/> Herzthoraxchirurgie
<input type="checkbox"/> Lungenchirurgie	<input type="checkbox"/> Sonstige:		

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

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