


- ausschließlich für stationäre Termine -
 per Fax: 0661/84-3733

KIM-Adresse: EPM@klinikum-fulda.kim.telematik oder E-Mail: patientenmanagement@klinikum-fulda.de

Fachbereich			
<input type="checkbox"/> Augenklinik	<input type="checkbox"/> Allgemein- / Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/> Frauenklinik
<input type="checkbox"/> Handchirurgie	<input type="checkbox"/> Hals-/Nasen-/ Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/> Herzchirurgie	<input type="checkbox"/> Mund-/Kiefer- / Gesichtschirurgie
<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/> Kinder und Jugendmedizin
<input type="checkbox"/> Kardiologie (IN1)	<input type="checkbox"/> Gastroenterologie (IN2)	<input type="checkbox"/> Nephrologie (IN3)	<input type="checkbox"/> Rheumatologie (IN4)
<input type="checkbox"/> Pneumologie (IN5)	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Psychosomatik
<input type="checkbox"/> Tumorklinik	<input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/> Sonstige:	

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

Dringlichkeit der Terminanfrage		
<input type="checkbox"/> 1 – 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 – 5 Tage	<input type="checkbox"/> 6 – 14 Tage
Bei Auswahlkriterium 1 bzw. 2 medizinische Begründung aufführen  :		

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)	