



ANMELDUNG BITTE ZURÜCK AN DIE FAXNUMMER +49 40 181883-1120

Der nachfolgende Patient soll in der Asklepios Klinik Wandsbek,
Abteilung für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin,
Alphonsstraße 14 in 22043 Hamburg stationär aufgenommen werden:

Patientendaten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Versicherungsstatus:

Hausarzt:

EA • Facharzt:

Terminwunsch • Dringlichkeit
(Notfälle bitte in die ZNA)

heute oder morgen

in dieser Woche (sehr dringlich)

innerhalb von 14 Tagen

elektiv

Chefarztwahl ja nein

MEDIZINISCHE DATENERFASSUNG:

Diagnose:

Einweisungsgrund:

Anmerkungen:

Antikoagulation: Marcumar ASS / Clopidogrel Sonstige _____

Anlagen: Vorbefunde, Histologie anbei Vorbefunde werden nachgereicht

Voraufenthalt: _____ Klinik: _____

Sonstiges:

Datum, Uhrzeit: _____

Spezifische Telefonnummer bei Rückfragen für
Ärztliche Kolleg*innen

Praxisstempel mit Telefon-Nr.
(nur für den internen Gebrauch)