

Anmeldung für Untersuchung und Behandlung

Dringlichkeit	☐ Notfall	☐ Dringend	☐ Nicht dringen, elektiver Eintritt
Aufgebot	☐ Patient-/in bitte stationär aufbieten ☐ Patient-/in bitte in Sprechstunde aufbieten ☐ Patient-/in hat bereits einen Termin im KSB erhalten:		
Klinik/Institut	☐ Chirurgie ☐ Orthopädie/Traumatologie ☐ Urologie ☐ Gefässzentrum/Angiologie ☐ Kinderchirurgie ☐ Innere Medizin	☐ Perioperative Medizin ☐ Frauenklinik ☐ Untersuch Frauenklinik (USF) ☐ Pädiatrie	☐ Röntgen/CT/MRT/US/ Nuklearmedizin ☐ Rheumatologie, Ergo& Physiotherapie ☐ Pathologie

Personalien

Vorname / Name:	Strasse:
.....	
.....	
PLZ / Ort:	Geb.-Datum:
.....	
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
.....	
Frühere Aufenthalte im KSB:	
.....	
Versicherungsklasse	☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat

Einweisungsdiagnose/Fragestellung:

Eventuell relevante Anamnese:

Medikamente:

Datum:

Stempel/Unterschrift:

Beilagen:

☐ Berichte
(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ Röntgenbilder

☐ Anderes

Bitte Befundkopie auch an: