

| | | |
|--|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname und Adresse des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |



Patientenanmeldung für die 3. Medizinische Klinik

**Städtisches Krankenhaus Kiel
Chemnitzstraße 33
24116 Kiel**

Fax-Nr. 0431 1697-1302

| | |
|---|---|
| <p>Name und Telefonnummer des Patienten:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Wunschtermin für Aufnahme/Verlegung</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Befunde beigelegt <input type="checkbox"/> War schon einmal in der 3. Med</p> | <p>Anmeldung für:</p> <p><input type="checkbox"/> Vollstationär</p> <p><input type="checkbox"/> privateSprechstunde</p> <p>Kostenträger/Wahlleistung:</p> <p><input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> Zusatzversicherung/Wahlleistung</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer</p> <p><input type="checkbox"/> Chefärztliche Behandlung</p> |
| <p>Hauptdiagnose/aktuell Beschwerden:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>Fragestellung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>Anmeldung durch Praxis:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ansprechpartner: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>Bitte zu Ihrem Termin alle Befunde und Medikamente mitbringen!</p> | <p>Weitere Angaben:</p> <p>MRSA-Screening Befund:</p> <p>_____</p> <p>Bemerkungen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |