

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse der versicherten Person		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Anmeldung für Patient*innen - 4. Medizinische Klinik

Städtisches Krankenhaus Kiel
Chemnitzstraße 33
24116 Kiel

Fax-Nr. 0431 1697-4602
Tel. 0431 1697-4601

<p>Name und Telefonnummer des*der Patient*in</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 4. Med</p>	<p>Anmeldung für:</p> <p><input type="checkbox"/> Vollstationär</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanz</p> <p>private Sprechstunde</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>Ansprechperson: _____</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>