AUF DER BULT
KINDER- UND JUGEND-KRANKENHAUS

Anmeldung für die Tagesklinik

Datum:	Anrufer:	Gespräch entgegengenommen von:

Name		PLZ / Wohnort	
Vorname		Straße / Nr	
Geburtstag		Telefon Eltern	
Hauptversicherter (Geb.datum)		Dienstlich: Handy:	
Wann/wo stationär		Wann/wo ambulant	
➔ **MRSA**	☐ ja ☐ nein	Datum letzter Abstrich:	
Besonderheiten (Diät o.ä.):			
Kinder-/ Hausarzt		☐ SPZ	m.A

Diagnose, Verdachtsdiagnose

1.	2.
3.	4.

Angaben zur Anamnese

Bitte ausgefüllt mit zugehörigen Befunden an 0511 / 8115 993450 faxen. Danke!