

F AUFNAHMEFORMULAR

Bei **Rückfragen**
wenden Sie sich bitte an:

Kaiser-Karl-Klinik GmbH
Graurheindorfer Str. 137
53117 Bonn

Tel.: 0228 6833-401/-402

Fax: 0228 6833-333

E-Mail: patientenaufnahme@kaiser-karl-klinik.de

Aufnahme in:	<input type="checkbox"/> Orthopädie	<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Geriatrie
Einweisung durch:	_____		
Telefon Station/Sozialdienst:	_____		
Name PatientIn:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Telefon:	_____
Anschrift:	_____		
Kostenträger 1:	_____	Vers.-Nr.:	_____
Kostenträger 2:	_____	Vers.-Nr.:	_____
Wahlleistung:	<input type="checkbox"/> Chefarzt	Zimmerwahl:	<input type="checkbox"/> Mehrbett <input type="checkbox"/> Zweibett <input type="checkbox"/> Einbett

Hauptdiagnose:	_____				
Nebendiagnosen: Bitte IMMER mit an- geben!	_____ _____				
Barthel-Wert:	_____	O₂-Pflichtigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	MRE-Screening:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
OP-Termin:	_____ gewünschter Aufnahmetag: _____				

(Von der Kaiser-Karl-Klinik auszufüllen)

Reservierter Aufnahmetag:

Bemerkung:

Eigenanreise:	<input type="checkbox"/>	Station	_____
Taxi von z. H.:	<input type="checkbox"/>	Sonstige	_____
Taxi vom KH:	<input type="checkbox"/>		
KTW	<input type="checkbox"/>	Tel.Nr.	_____