

Name, Vorname:
Geb.-Datum:
Telefonnummer:

Evangelisches Krankenhaus Luckau gGmbH
Berliner Straße 24
15926 Luckau

Belegungsmanagement

Tel.: 03544 58210
Fax.: 03544 58144
Belegungsmanagement.luc@diakonissenhaus.de

Fachabteilung: _____

Diagnose(n): _____

Gewünschte Untersuchung: _____

Besonderheiten: _____
(Blutverdünner,
Voruntersuchungen,
Allergien, Med.
Nebendiagnosen etc.) _____

Termin:

- sehr dringlich (innerhalb 2d)
- dringlich (innerhalb 1 Woche)

Aufklärungsblätter erhalten: Ja Nein

Datum / Unterschrift Arzt

<p>wird vom BM ausgefüllt</p> <p>Stationäre Aufnahme: ____ . ____ . ____</p> <p>Untersuchung: _____</p> <p>_____</p>
--