

## Anmeldung Tagesklinik Tel.: 0231 46 19-230

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

angemeldet am: \_\_\_\_\_  
durch: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Etage: \_\_\_\_\_ Fahrstuhl:  ja  nein

Amb. Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_

Angehöriger Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Betreuer: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Mobilität:  Rollstuhl  Rollator  selbstständig

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Diabetiker:  ja  nein

Allergie:  ja  nein

Marcumar bzw. Blutverdünnung:  ja  nein

Dauerkatheter:  ja  nein

Stoma:  ja  nein

Vorhandene Wunden / Decubitus: \_\_\_\_\_

Vorherige stationäre Behandlung oder Reha: \_\_\_\_\_

Bitte Befunde und Medikamentenpläne per Fax zusenden **0231 4619-253** oder über  
KIM-Adresse: **tagesklinik@huettenhospital.kim.telematik**

Entlassungstermin: \_\_\_\_\_