

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arztstempel:

Einweiser-Begleitschreiben

1. Grund der Einweisung | Einweisungsdiagnose (ICD-10)

2. bisheriger Verlauf (Diagnostik, Therapie)

3. Laborwerte, Vorbefunde (ggf. beifügen)

4. aktuelle Medikation

5. Begleiterkrankungen / relevante Vorerkrankungen

6. Allergien, besondere Risiken (z. B. MRSA)

7. Ist die häusliche Versorgung gewährleistet?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Heimunterbringung
-----------------------------	-------------------------------	--	--

8. Liegt eine Betreuung vor? (ggf. beifügen)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Name Vorname		
Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort		
Tel. Nr. Mail-Adresse:		

9. Liegt eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vor (ggf. beifügen)?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
-----------------------------	-------------------------------	--

Ort, Datum

Unterschrift