

ANTRAG AUF STATIONÄRE AUFNAHME ÜBER- / ZUWEISUNG AN:

PRIVATKLINIK KASTANIENHOF
GRITZENWEG 16
8052 GRAZ
TEL. 0316 | 57 39 60
FAX 0316 | 57 32 57
MAIL office@kastanienhof.at

Patientendaten

		SVNR	Tag	Monat	Jahr
_____	_____	_____			
Titel	Familienname	Vorname			
_____		_____			
Adresse		Telefonnummer			
_____		_____			
Adresse		_____			
_____		_____			
Private Krankenversicherung , Polizzen-Nr (wenn bekannt)					

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Überweisung zur stationären Aufnahme

<input type="checkbox"/> Innere Medizin	Behandlung:
<input type="checkbox"/> Psychiatrie	
<input type="checkbox"/> Orthopädie & Schmerztherapie	Gewünschtes Aufnahme datum:

Zuweisender Arzt

Datum, Stempel, Unterschrift

Nach Erhalt dieser Zuweisung klären wir mit dem Patienten und dessen Privatversicherung den weiteren Prozess zu einem raschen Termin in unserer Klinik.

Als einweisender Arzt erhalten Sie den Arztbrief umgehend nach dem Aufenthaltsende zugeschickt.

Für medizinischen Fragen rund um den Aufenthalt steht Ihnen unser Ärzteteam jederzeit unter 0316 57 39 60 zur Verfügung.

Für die Zuweisung können selbstverständlich auch andere Vordrucke verwendet werden!

Wir bedanken uns für die Zuweisung ihres Patienten