

Anmeldung zur stationären Aufnahme nephrologischer Patienten:

			Bemerkung/Konkretisierung
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Telefonnummer Patient			
Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> 48-72h <input type="checkbox"/> 1 Woche <input type="checkbox"/> 1 Monat		
Betreuende Nephrologie	Name		
	Rückrufnummer		
	Faxnummer		
Geplante Abklärung	Nierenbiopsie		Antikoagulanzenientherapie?
	Hypertonieabklärung Hypertonieeinstellung		
Verdachtsdiagnose			
Mobilität	Gefähig		
	Bettlägerig		

Bitte per Fax an: 033748 82720

am: _____

Name/Stempel: _____