

Gültigkeit/Verteiler:

		x		x				x					
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Verlegung eines Patienten

Patienten-Aufkleber:

Name
Geb.datum
Wohnort
Anreise/Abreise
Kostenträger

Verlegung durch: _____
(Name)

Verlegung am: _____ in das Krankenhaus nach: _____
(Datum) (Ort)

Diagnose: _____

Verlegungsmitteilung: ja, am _____ / nein _____
(erl. Name)

Wiederaufnahme am: _____ genehmigt Krankenkasse: _____
(Datum & Name)