**- a*usschließlich* für stationäre Termine –**

**per Fax: 0661/84-3733**

**KIM-Adresse:** **EPM@klinikum-fulda.kim.telematik** **oder E-Mail:** **patientenmanagement@klinikum-fulda.de**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fachbereich** |  |
| [ ]  Augenklinik | [ ]  Allgemein- / Viszeralchirurgie | [ ]  Gefäßchirurgie | [ ]  Frauenklinik |
| [ ]  Handchirurgie | [ ]  Hals-/Nasen-/  Ohrenheilkunde | [ ]  Herzchirurgie | [ ]  Mund-/Kiefer- /  Gesichtschirurgie |
| [ ]  Neurochirurgie | [ ]  Orthopädie und  Unfallchirurgie | [ ]  Urologie | [ ]  Kinder und  Jugendmedizin |
| [ ]  Kardiologie (IN1) | [ ]  Gastroenterologie (IN2) | [ ]  Nephrologie (IN3) | [ ]  Rheumatologie (IN4) |
| [ ]  Pneumologie (IN5) | [ ]  Neurologie | [ ]  Psychiatrie | [ ]  Psychosomatik |
| [ ]  Tumorklinik | [ ]  Thoraxchirurgie | [ ]  Sonstige: |  |

|  |
| --- |
| **Patientendaten** |
| Vor- und Nachname:  | Geburtsdatum:  |
| Telefonnummer / Mobil:  |  |
| Straße & Hausnummer:  | PLZ, Ort:  |
| Krankenkasse:  |  |
| Zusatzversicherung (Chefarzt, Wahlleistung Unterkunft): |  |

|  |
| --- |
| **Dringlichkeit der Terminanfrage** |
| [ ]  1 – 2 Tage [ ]  3 – 5 Tage [ ]  6 – 14 TageBei Auswahlkriterium 1 bzw. 2 medizinische Begründung aufführen ✍: |

|  |
| --- |
| **Vorbefunde (letzte 2 Jahre) – bitte per Fax übermitteln** |
| [x]  Facharztbefunde | [x]  Arztbriefe (MVZ) | [x]  Diagnosenliste |
| [x]  Krankenhausentlassungsbriefe | [x]  Medikamentenplan | [x]  Laborbefunde (2 Monate) |
| [x]  Radiologiebefunde (CT, MRT) | [x]  Urinbefunde (2-3 Monate) | [ ]   |

|  |
| --- |
| **Einweisungsdiagnose / Indikation / Fragestellung** |
|  |

|  |
| --- |
| **Kontaktdaten Anforderer** |
| Praxisname: | Praxisstempel:(bitte gut sichtbar anbringen) |