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

**per Fax: 0661/84-2230**

**KIM-Adresse:** [**EPM@klinikum-fulda.kim.telematik**](mailto:EPM@klinikum-fulda.kim.telematik) **oder E-Mail:** [**patientenmanagement@klinikum-fulda.de**](mailto:patientenmanagement@klinikum-fulda.de)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fachbereich** | | |  |
| Augenklinik | Allgemein- /  Viszeralchirurgie | Gefäßchirurgie | Frauenheilkunde |
| 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 Tage  Bei Auswahlkriterium 1 bzw. 2 medizinische Begründung aufführen ✍: | |

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

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

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