



## Anmeldung stationär Klinik für Innere Medizin

Name	Telefon
Vorname	Telefon
Strasse, Nr	Telefon
PLZ, Ort	E-Mail
Geburtsdatum	Geschlecht

<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> 2er P	<input type="checkbox"/> Unfall
<input type="checkbox"/> 1er P	<input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Krankheit
		<input type="checkbox"/> Selbstzahler

<b>Eintritt</b> <input type="checkbox"/> Innert 2 - 3 Tagen <input type="checkbox"/> Innert 7 Tagen <input type="checkbox"/> Gewünschtes Datum	<b>Via Patientenaufnahme --&gt; elektiver Eintritt</b>
---	--

**Fragestellung**

**Diagnosen**

**Aktuelle Medikamente**

**Spezielles Risiko**

<input type="checkbox"/> Isolationspflichtig	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> MRE Screening	<input type="checkbox"/> Demenz / Delir
--	------------------------------------	--	---

**Bemerkungen / Sonstiges**

Beilagen (z.B. Labor, EKG, Röntgenbilder) bitte an die gleiche Mailadresse senden: [medizin@spitaeler-sh.ch](mailto:medizin@spitaeler-sh.ch)

<b>Zuweisender Arzt</b>		
Datum	Tel. GLN	Fax ZSR

<b>Elektronische Übermittlung</b> Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.	
---	--