Eingangsdatum

Klinik
am Steigerwald

Von der Klinik am Steigerwald auszufüllen

	Datum	Unterschrift
Erfasst.:		
Rückruf:		
Vers.-ber.:		
soll weiter an:		

Anfrage

für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in der Klinik am Steigerwald

An die
Klinik am Steigerwald
Waldesruh
D - 97447 Gerolzhofen

oder per Fax an uns:
0 93 82 / 949-209

Wie haben Sie von der Klinik erfahren:

Um die Behandlungsmöglichkeiten für Sie in der Klinik am Steigerwald abklären zu können, benötigen wir eine Reihe von Informationen. Wir bitten Sie um vollständige Angaben über Ihre Beschwerden, Diagnosen, Vorbehandlungen sowie eingenommene Medikamente.

Nach Eingang Ihres Anfragebogens ruft Sie unser Aufnahmearzt kostenfrei an.

Absender

Nachname

Vorname Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon Fax

Mobil e-mail

Krankenkasse / Versicherung / Beihilfe

Ein stationärer Aufenthalt ist zu folgenden Zeiten gewünscht:

Ich möchte ein

☐ Einzelzimmer
☐ Doppelzimmer

Ich benutze einen

☐ Rollstuhl
☐ Rollator

☐ **Ich bin pflegebedürftig**

Ich habe folgende Diagnose/n:
seit

☐ Ich bin schwanger

Ich möchte mich vor allem wegen folgender Beschwerden behandeln lassen (z.B. Schwindel, Schmerzen, Schlaflosigkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeit …):

→

Klinik
am Steigerwald

Weitere Beschwerden	**seit**

Ich nehme folgende Medikamente (z.B.: Hormone, Abführmittel ...)	**seit**
☐ Ich rauche Zigaretten am Tag	

Bisherige stationäre Aufenthalte, Operationen, Therapien:	Zeitraum
☐ davon Intensivstation:	
☐ ich hatte Kontakt zu MRSA-Trägern (z.B. im Doppelzimmer)	

Um das Risiko von Infektionen mit multiresistenten Keimen (MRSA) im Krankenhaus zu verringern, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten. Auf mich trifft zu:

- ☐ dialysepflichtig
- ☐ dialysepflichtig mit liegendem Katheter
- ☐ Brandverletzung
- ☐ offene Wunde, chronisch
- ☐ Luftröhren-Kanüle (Tracheostoma), Magensonde (PEG-Anlage), Port, Katheter (z.B. suprapubisch, transurethral) o.ä.
- ☐ Arbeit im Schweinemastbetrieb

Ort, Datum Unterschrift

Bitte schicken Sie diese Anfrage unterschrieben an die Klinik am Steigerwald, gerne mit Kopien Ihrer Untersuchungsergebnisse oder weiteren Informationen. Wir danken für Ihre Anfrage.

Nach Eingang Ihres Anfragebogens ruft Sie unser Aufnahmearzt kostenfrei an.