

**Einweisung zur stationären Behandlung**

**Patient**

Name: ..... Geburtsdatum: .....  
Vorname: ..... Telefon: .....  
Adresse: ..... PLZ/Ort: .....

**Garant**

Grundversicherung: ..... Vers. Nr.: .....  
Zusatzversicherung: ..... Vers. Nr.: .....  
Abteilung  Allgemein  Halbprivat  Privat

**Einweisungsgrund**

- Krankheit  Unfall
- Akutgeriatrie\*  Palliative Care\*  Internistisch-onkologische Rehabilitation

\* Benötigt keine vorgängige Kostengutsprache

**Diagnosen**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Behandlungsziel/Entlassungsziel**

.....  
.....

**Bemerkungen** (spezielle Medikamente, Belastungseinschränkung, Soziales, etc.)

.....  
.....

**Einweisung durch**

Einweiser: ..... Telefon: .....  
Gewünschtes Eintrittsdatum: ..... Geplante Aufenthaltsdauer: .....

Ort und Datum: ..... Stempel/Unterschrift: .....