

Anmeldung zur elektiven Aufnahme

Einweisender Arzt:

(Felder bitte vollständig und leserlich ausfüllen, Stempel ist nicht ausreichend!)

Stempel:

Name: _____

Tel. Nr. mobil: _____

Eine direkte Erreichbarkeit ohne Warteschleife sollte gewährleistet sein!

Fax-Nr.: _____

Bitte leserlich schreiben!

E-Mail-Adresse: _____

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Tel.-Nr.: _____ Mobil-Tel.: _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose:

Grund der Anmeldung/Fragestellung/gewünschte Maßnahmen:

Wir sind gesetzlich verpflichtet zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Krankenhausaufnahme vorliegen. Dazu und um eine Zuordnung der Angemeldeten zu unseren unterschiedlichen Behandlungsangeboten zu ermöglichen, **können wir die Anmeldung nur bearbeiten, wenn uns zusätzlich folgende Unterlagen vorliegen:**

- ausführlicher aktueller Arztbericht des einweisenden Arztes
- alle Vorbefunde, die sich auf das Krankheitsbild beziehen, insbesondere auch MRT-Befunde (aktuellste Aufnahme sollte in der Regel nicht älter als 6-12 Monate sein)
- stationäre Krankenhauseinweisung in unsere Klinik

Bitte per Fax senden an 0421/4971996406

oder per E-Mail an: Aufnahme-neuro@gesundheitsnord.de

oder per Post an Aufnahmemanagement Neurologie, Klinikum Bremen-Ost,
Züricher Straße 40, 28325 Bremen

Bei **Antikoagulation** muss diese 2 Tage vor der stationären Aufnahme abgesetzt werden!