

Adresse Krankenversicherung

Arztstempel

Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung

Patient/in:

Name: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____
Geb.-Datum: _____
Vers.-Nr.: _____

Name und Anschrift des
vorgesehenen
Krankenhauses

Oberberg – Klinik Schwarzwald Tel.: 07833/792-0
Oberberg 1 Fax: 07833/792-825
78132 Hornberg

Bitte genaue Angaben der
Diagnose(n) und ICD-10
verwenden.

(Schweregrad der
Erkrankung)

Welche Beschwerden liegen vor?

Behandlungsbeginn und bisher durchgeführte Behandlungsmaßnahmen?

Welche Umstände schließen eine ambulante Behandlung derzeit aus?

Kurze Begründung, weshalb eine stationäre Krankenhausbehandlung in der Oberberg – Klinik Schwarzwald medizinisch erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt