



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 Weserbergland medizinisch erforderlich ist.

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift Arzt