

Adresse Krankenversicherung

Arztstempel

Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung

<u>Patient/in</u>	
Name:	<hr/>
Straße:	<hr/>
PLZ, Ort:	<hr/>
Tel.:	<hr/>
Geb.-Datum:	<hr/>
Vers.-Nr.:	<hr/>

Name und Anschrift des vorgesehenen Krankenhauses

Oberbergklinik Weserbergland Brede 29 32699 Extertal	Tel.: 05754/870 Fax: 05754/87-1150
--	---------------------------------------

Bitte genaue Angaben der Diagnose(n) (bitte ICD-10 verwenden); (einschl. Anamnese und Schweregrad der Erkrankung)

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Welche Beschwerden liegen vor?

Bisher durchgeführte ambulante Behandlungsmaßnahmen inklusive medikamentöser Therapien? (Beginn / Dauer / Erfolg)

Kurze Begründung, weshalb eine stationäre Krankenhausbehandlung in der Oberbergklinik Weserbergland medizinisch erforderlich ist. (Therapieplan – geplante Behandlungsdauer)

Ort, Datum

Unterschrift Arzt