

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 Fachklinik Potsdam  
Elisenweg 2  
14471 Potsdam

Tel.: +49 xxx  
Fax: +49 xxx

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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