

	gew. Vorgehen	HZ Bearbeiter	Arztkürzel
Datum:	<input type="checkbox"/> Bitte um Rückruf		
Uhrzeit:	<input type="checkbox"/> EV		
	<input type="checkbox"/> zur Info		

Anfrage von:

<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Patient / Angehöriger
Praxis/KH:	Abt:	Telefon:

Patientendaten:

Name:	Wohnort:
Geb.:	
Telefon:	
Diagnose:	Werden Befunde gefaxt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	EV Termin:

Falls Anfrage für Gerinnungssprechstunde:

<input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> SSW
<input type="checkbox"/> Geplante Operationen:
<input type="checkbox"/> Einnahme von Gerinnungshemmern:
<input type="checkbox"/> Einnahme von ASS oder Schmerzmitteln:

Aktuelle Fragestellung:

--

Anweisung für Leitstelle:

--

<input type="checkbox"/> Rückruf im SAP pflegen
<input type="checkbox"/> Beratung/Zweitmeinung GERIN