

## Einweiser-Checkliste für anzumeldene Patienten

Adresse o. Stempel Zuweiser:

Telefonnr. für Rückfragen:

### Patientendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Telefonnummer des Patienten:

Fachabteilung:

Diagnose:

Gewünschte Leistung:

Dringlichkeit:                      elektiv                                      dringend, bis:

Besonderheiten:

**Bitte per Fax an ZBM KKH Freiberg:  
03731/ 77 28 94**

\_\_\_\_\_  
Datum der Anmeldung