Anfrageprotokoll

St. Dominikus Krankenhaus und Jugendhilfe gGmbH

Datum der Anfrage: Uhrzeit:	
Protokollant*in:	
Wer fragt an?	
Kontaktmöglichkeiten (Tel., E-Mail, Handy)	
Verwandtschaftsgrad/Beziehung:	
Name Patient*in:	
Geburtsdatum:	
Zurzeit Aufenthalt in:	
Krankenkasse:	
Hausärztin/ Hausarzt / behandelnde Ärztin/ behandelnder Arzt:	
Diagnosen / Befund:	
Problem:	
Verbleib:	Akut ☐ Langzeit ☐