

BGKK

Krankenhauseinweisung

PATIENT

Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

Aufnahme in das Krankenhaus:

Wohnanschrift

Diagnose/ Begründung:

VERSICHERTER

Familienname Vorname

Versicherungs Nr.

Bei Schwangeren:

Voraussichtlicher Entbindungstag:

Dienstgeber

Rezeptgebührenbefreiung

**Krankentransport mit Rettungswagen erforderlich:
(Nur bei Bedarf ausfüllen!)**

- Ja ohne 2. Sanitäter
- Ja mit 2. Sanitäter (Tragsessel/Krankentrage)

Datum, Arztstempel und Unterschrift der/des überweisenden Ärztin/Arztes