



Medizinisches Zentrum
für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH
MZG-Westfalen

- AHB-Anmeldung
- HV-Anmeldung
- ganztägig ambulant

CCK

TWK

KMQ - Kardiologie

KMQ - Pneumologie

KMQ - Psychosomatik

Aufnahmedatum: _____

Einladung ins Krankenhaus:

Diagnose: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort.: _____

Krankenkasse: _____

Kostenträger: _____

Abholung: Krhs.:

zu Hause:

Station _____

Tel. _____ / _____

Zimmer _____

Tel. _____ / _____

Besonderheiten: Rollator Rollstuhl Sauerstoff Sonstiges: _____

Krankenhaus: _____

Aufenthalt: _____ bis _____

Sachbearbeiter: _____

Tel: _____

Datum: _____

(MZG) F-0130-00 (Stand 12/2015)