



_____ Abtlg.	
An	
	<input type="checkbox"/> Allgemeine Pflegeleistung <input type="checkbox"/> Wahlleistung Arzt

Ich bitte um die Mituntersuchung der oben genannten Patientin / des oben genannten Patienten auf der Station _____ in Ihrer Ambulanz.

Unsere Diagnose:

Fragestellung:

(ggf. gewünschte Untersuchung)

Ostercappeln, den _____

Unterschrift

Tel.

Konsiliarbericht

Befund:

Diagnose:

Therapievorschlag:

_____, den _____

Konsiliararzt

Tel.