

Verordnung von stationären Klinikbehandlung in der [vita nova klinik](https://www.vitanova-kliniken.de) - Bad Salzuflen

Adresse der Krankenversicherung

Arztstempel / Praxisstempel

Verordnung von stationärer Klinikbehandlung

für Patient/in

Name: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Geb.-Datum: _____

Vers.-Nr.: _____

Name / Anschrift / Kontakt /
der vorgesehenen Klinik

vita nova klinik

Roonstrasse 9-13
32105 Bad Salzuflen

Tel.: +49 (0) 5222 343 450
Fax: +49 (0) 5222 343 499
mail: info@vitanova-kliniken.de
web: www.vitanova-kliniken.de

Bitte genaue Angaben der
Diagnose/en

(bitte ICD-10 verwenden)

(einschließlich Anamnese u.
Schweregrad der
vorliegenden Erkrankung)

(gegebenenfalls bitte Anlage
anfügen)

Welche Beschwerden liegen vor?

**Bisher durchgeführte ambulante Behandlungsmaßnahmen inkl. medikamentöser Therapien?
(Beginn / Dauer / Erfolg)**

Kurze Begründung, weshalb eine stationäre Klinikbehandlung in der vita nova klinik medizinisch erforderlich ist.

(Therapieplan - geplante Behandlungsdauer)

Ort, Datum

Unterschrift Arzt