

## INFORMATIONSBLATT ZUR KRANKENHAUSAUFNAHME

(Anlage C – Art. 32 - Landesvertrag für Allgemeinpraktiker)

### SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

(Allegato C – art. 32 – Accordo Provinciale medici di medicina generale)

An das KRANKENHAUS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

An die Akkreditierte Privatklinik  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

All' OSPEDALE di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alla Clinica Privata accreditata  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Werter Kollege,**

ich übermittle hiermit den Patienten Herrn/Frau

1) Grund der Einweisung:

2) Allenfalls durchgeführte Untersuchungen und zur Zeit durchgeführte Therapien \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Auszug aus dem Patientenblatt  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Caro collega,**

invio il/la paziente

1) Motivo del ricovero:

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Note:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Abteilung für Territorium und Verwaltung der Gesundheitsleistungen**

Abteilungsdirektor: Dr. Hugo Minach  
Karl Wolf Straße 46 | 39012 Meran

Tel. 0473 264 866/67 | Fax 0473 264 877  
<http://www.sb-meran.it> | [leist@asbmeran-o.it](mailto:leist@asbmeran-o.it)

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen  
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

**Ripartizione territorio e gestione prestazioni sanitarie**

Direttore di Ripartizione: Dr. Hugo Minach  
via Karl Wolf, 46 | 39012 Merano

tel. 0473 264 866/67 | fax 0473 264 877  
<http://www.as-merano.it> | [leist@asbmeran-o.it](mailto:leist@asbmeran-o.it)

Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano  
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

Ich stehe gerne während des Krankenhausaufenthaltes nach vorheriger telefonischer Verabredung für weitere Informationen zur Verfügung.

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Allgemeinpraktikers)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del medico di medicina generale)

Telef. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Fax Nr. \_\_\_\_\_

Fax n. \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Indirizzo E-Mail: \_\_\_\_\_

**P.S.:** Laut Art. 32 des Landesvertrages ist dieser Vordruck dem Vorschlag für die ordentliche Krankenseinlieferung beizulegen.

**P.S.:** Ai sensi dell'art. 32 dell'Accordo Provinciale, questo modulo deve essere allegato alla proposta di ricovero ordinario in Ospedale.