



KLINIKUM
KOBLENZ

RheinAhrCampusKlinik

Joseph-Rovan-Allee 2

53424 Remagen

Datum: 31.05.2022

Patient

Nachname:

Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefonnummer:

Handynummer:

E-Mail:

Kostenträger:

Versicherungsnummer:

Aufenthalt

Zimmernummer:

Datum Einlieferung:

Datum Entlassung:

Anamnese

Körpergröße:

Gewicht:

Behinderung/Grad:

.....

Diagnose

Diagnose:

Behandlung:

Kommentar:

