

VdAK	AEV	Anlage 1		
Name, Vorname des Versicherten		Zur Vorlage bei Integra am Diakoniewerk Halle für die Durchführung einer interventionellen Versorgung mit postoperativer Nachsorge im überwachten Bett		
geb. am				
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis:			Datum:
Diagnose:				
Therapievorschlag:				
Anlagen:	<input type="checkbox"/> Ruhe-EKG <input type="checkbox"/> Dokumentation und/oder ausführlicher Befundbericht			
	Laboruntersuchungen: <input type="checkbox"/> Erythrozyten <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Leukozyten <input type="checkbox"/> Glukose <input type="checkbox"/> Thrombozyten <input type="checkbox"/> Kreatinin <input type="checkbox"/> Hämoglobin <input type="checkbox"/> Gamma-GT <input type="checkbox"/> Hämatokrit			
Arztstempel		Unterschrift		