



Zusage der Rücknahme

Hiermit sagt das verlegende Krankenhaus

Träger/Name: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____

dem KEH gegenüber zu, den Patienten/ die Patientin

Frau/Herrn _____ geb. am _____

unmittelbar nach erfolgter Krankenhausbehandlung im KEH oder wenn dies im Verlauf der Behandlung erforderlich ist, wieder aufzunehmen. Dies gilt insbesondere auch in dem Fall, dass keine Wohnform vorhanden ist.

Unterschrift
Oberärztin/-arzt/ Chefärztin/-arzt
des verlegenden Krankenhauses

Unterschrift
Ges. Betreuung

Ort, den _____

Ort, den _____