

Datum des Verlustes: _____

Patient					
Name:					
Vorname:					
Geburtsdatum:					
Adresse:					
Telefonnummer:					
E-Mail:					
Name Betreuer:					
Station /Bereich:					
Zimmernummer:					
Melder bzw. aufnehmender Mitarbeitender:	Name, Vorname: Erreichbarkeit: ☐ E-Mail; ☐ Post; ☐ Telefon 				
Datum Aufnahme:					
Datum Entlassung:					
Verlustgegenstand bzw. -stände:					
Stellungnahme: (Melder und/oder Mitar- beitender)	Bitte beachten Sie, dass wir grundsätzlich für keinerlei Wertgegenstände haften und diese Verlustan- zeige ausschließlich der Dokumentation dient!				

Datum

Unterschrift Melder / Betroffener Patient

Ersteller:

Lange, Sandra

Freigabedatum:

21.08.2026

Dateiname:

0040835_1_1.docx

Gültig für Standort:

DUS