

Patientendaten:



Innere Medizin, Gastroenterologie

Chefarzt Dr. med. Christian Vollmer

Kontakt Daten Terminplanung:

Telefon: 07351 55-5205

Telefax: 089 678 204 997 99

E-Mail:

terminplanung.konservativ.BC@sana.de

Anmeldung für stationäre Aufnahme:

Datum	
Einweiser	<input type="checkbox"/> Hausarzt, Dr. _____ <input type="checkbox"/> Facharzt, Dr. _____ <input type="checkbox"/> andere Klinik _____
Tel.-Nr. Einweiser	
Einweisungsgrund	
Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> eilig <input type="checkbox"/> elektiv
Patient bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorbefunde	<input type="checkbox"/> Arztbriefe/Diagnosenliste/sonst. Befunde <input type="checkbox"/> Medikamentenplan
Tel.-Nr. Pat./Angeh.	
Versicherung	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> CA-Behandlung <input type="checkbox"/> gesetzlich
Kontextfaktoren	<input type="checkbox"/> Pflegegrad ≥ 4 <input type="checkbox"/> GI-Blutung <input type="checkbox"/> COPD GOLD 3-4 <input type="checkbox"/> Delir m./o. Demenz
	<input type="checkbox"/> keine gesicherte häusliche Versorgung + 1 folgendes Kriterium: <input type="checkbox"/> ASA ≥ 3 <input type="checkbox"/> Anämie <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern <input type="checkbox"/> chron. HI NYHA ≥ 2 <input type="checkbox"/> Z.n. Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Diabetes m. Kompl. <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> COPD GOLD 2 <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Folgen n. Apoplex <input type="checkbox"/> Hemi-/Tetraparese <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Intelligenzminderung <input type="checkbox"/> psych. Erkrankung <input type="checkbox"/> Alkoholabhängigkeit
Stationärer Aufnahmeterrmin	<input type="checkbox"/> Station B2 <input type="checkbox"/> Station A3 (WL-Station)
Geplante Untersuchungen	<input type="checkbox"/> OBS <input type="checkbox"/> ÖGD <input type="checkbox"/> Colo <input type="checkbox"/> EUS <input type="checkbox"/> ERCP <input type="checkbox"/> CT-Thorax <input type="checkbox"/> CT-Abd. <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/>
	Sonstiges
Rückruf erfolgt am	

Arztunterschrift