

PATIENTENANMELDUNG

<input type="checkbox"/> Kardiogeriatrische Stationär (Geriatrische Station 1) Telefon Sekretariat (040) 2546 –2202/ Fax (040) 2546 -2200		<input type="checkbox"/> Kardiogeriatrische Beratung OA Fr. Dr. Voges (Geriatrische) / OA Hr. Dr. Schewel (Kardiologie)	
Patientendaten / Aufkleber		Zusatzinformationen	
Name		<input type="checkbox"/> CDA	<input type="checkbox"/> Gastroenteritis
Vorname		<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> VRE
Geb. Datum		<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN
Straße		<input type="checkbox"/> andere Isolierungspfl. Infektion:	
Wohnort		<input type="checkbox"/> besondere Medikamente: (Name)	
Telefon		<input type="checkbox"/> motorische Beeinträchtigung	
Kontaktperson (Name/Tel)		<input type="checkbox"/> bettlägerig	
<input type="checkbox"/> Wahlleistung Arzt Wahlleistung Zimmer: <input type="checkbox"/> 1 Bett <input type="checkbox"/> 2 Bett		<input type="checkbox"/> kognitive/psychische Beeinträchtigung	
Krankenkasse:		<input type="checkbox"/> Sprach-/Sprech-/Schluckstörung	
Kardiologische Diagnosen	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> biv.	<input type="checkbox"/> Ernährungssonde (PEG, PEJ)	
	<input type="checkbox"/> Klappenfehler <input type="checkbox"/> MK <input type="checkbox"/> AK <input type="checkbox"/> TK	<input type="checkbox"/> besondere Kostform: _____	
	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	
	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Blasenkatheter	
	<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> Dekubitus	
Nebendiagnosen:		<input type="checkbox"/> spez. Wundversorgung:	
Gewünschte Aufnahme ab:		<input type="checkbox"/> Barthel-Index: (erforderlich)	
Absender (Stempel):		<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung	
Datum:		Kontakt: _____	
Telefon:		<input type="checkbox"/> Dialyse: Tage <input type="checkbox"/> Mo-Mi-Fr <input type="checkbox"/> Di-Do-Sa	
Name: _____		Unterschrift: _____	
Rückantwort			
Sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank für Ihre Patientenmeldung. Bitte beachten Sie nachfolgende Informationen!			
<input type="checkbox"/> Die Aufnahme erfolgt ... <input type="checkbox"/> Pat. steht auf der Warteliste der Station Geriatrie 1 _____ <input type="checkbox"/> Leider ist keine Aufnahme möglich. <input type="checkbox"/> Sie werden benachrichtigt, sobald die Aufnahme erfolgen kann. <input type="checkbox"/> Rückfragen bitte direkt an den aufnehmenden Bereich (siehe unten)			
<input type="checkbox"/> Station Geriatrie 1	Telefon (040) 25 46 – 22 51	Telefax (040) 25 46 - 22 50	
<input type="checkbox"/> Chefarztsekretariat Geriatrie	Telefon (040) 25 46 – 22 02	Telefax (040) 25 46 - 22 00	
<input type="checkbox"/> OA Frau Dr. Voges	Telefon (040) 25 46 – 22 98	Telefax (040) 25 46 - 22 00	
<input type="checkbox"/> Chefarztsekretariat Kardiologie	Telefon (040) 25 46 – 21 02	Telefax (040) 25 46 - 21 00	
<input type="checkbox"/> OA Dr. D. Schewel	Telefon (040) 25 46 – 29 48	Telefax (040) 25 46 - 21 00	
Mit freundlichen Grüßen			
_____		_____	
Konsiliar		Datum/ Unterschrift	