

PATIENTENANMELDUNG

<input type="checkbox"/> Geriatrische Klinik und Rheumatologie		<input type="checkbox"/> Geriatrische Tagesklinik	<input type="checkbox"/> GIA <small>Geriatrische Institutsambulanz</small>
Telefon Sekretariat (040) 2546 -2202/ Fax (040) 2546 -2200		Telefon (040) 2546 -2241 / Telefax (040) 2546 -2240	
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	
Hauptdiagnose		<input type="checkbox"/> Ernährungssonde (PEG, PEJ)	
Nebendiagnosen		<input type="checkbox"/> besondere Kostform: _____	
Gewünschte Aufnahme ab:		<input type="checkbox"/> Tracheostoma	
Absender (Stempel):		<input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Blasenkatheter	
Datum:		<input type="checkbox"/> Dekubitus	
Telefon:		<input type="checkbox"/> spez. Wundversorgung:	
Name: _____		<input type="checkbox"/> Barthel-Index: (erforderlich)	
Unterschrift: _____		<input type="checkbox"/> palliative Versorgung	
		<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Entlastung	
		<input type="checkbox"/> Teilbelastung Kilogramm	
		<input type="checkbox"/> Dialyse: Tage <input type="checkbox"/> Mo-Mi-Fr <input type="checkbox"/> Di-Do-Sa	
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 _____			
<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"/> Station Geriatrie 2	Telefon (040) 25 46 – 22 61	Telefax (040) 25 46 - 22 69	
<input type="checkbox"/> AltersTraumatologisches Zentrum (ATZ)	Telefon (040) 25 46 – 15 61	Telefax (040) 25 46 - 22 90	
<input type="checkbox"/> Station Geriatrie 4	Telefon (040) 25 46 – 22 11	Telefax (040) 25 46 - 22 10	
<input type="checkbox"/> Station Geriatrie 5	Telefon (040) 25 46 – 26 91	Telefax (040) 25 46 - 26 90	
<input type="checkbox"/> Geriatrische Tagesklinik	Telefon (040) 25 46 – 22 41	Telefax (040) 25 46 - 22 40	
<input type="checkbox"/> Geriatrische Institutsambulanz (GIA)	Telefon (040) 25 46 – 22 41	Telefax (040) 25 46 - 22 40	
<input type="checkbox"/> Rheumatologie	Telefon (040) 25 46 – 22 22	Telefax (040) 25 46 - 22 20	
<input type="checkbox"/> Chefarztsekretariat	Telefon (040) 25 46 – 22 02	Telefax (040) 25 46 - 22 00	
Mit freundlichen Grüßen			
_____		_____	
Konsiliar		Datum/ Unterschrift	