

# PATIENTENANMELDUNG

<input type="checkbox"/> <b>Geriatrische Klinik und Rheumatologie</b> Telefon Sekretariat (040) 2546 -2202/ Fax (040) 2546 -2200		<input type="checkbox"/> <b>Geriatrische Tagesklinik</b> <input type="checkbox"/> <b>GIA</b> <small>Geriatrische Institutsambulanz</small> 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"/> <b>besondere Medikamente:</b> (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																												
<b>Hauptdiagnose</b>		<input type="checkbox"/> Ernährungssonde (PEG, PEJ)																												
Nebendiagnosen		<input type="checkbox"/> besondere Kostform: _____																												
<b>Gewünschte Aufnahme ab:</b>		<input type="checkbox"/> Tracheostoma																												
<b>Absender (Stempel):</b>		<input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Blasenkatheter																												
<b>Datum:</b>		<input type="checkbox"/> Dekubitus																												
<b>Telefon:</b>		<input type="checkbox"/> spez. Wundversorgung:																												
<b>Name:</b> _____		<input type="checkbox"/> <b>Barthel-Index:</b> (erforderlich)																												
<b>Unterschrift:</b> _____		<input type="checkbox"/> <b>palliative Versorgung</b>																												
		<input type="checkbox"/> <b>Vollbelastung</b> <input type="checkbox"/> <b>Entlastung</b>																												
		<input type="checkbox"/> <b>Teilbelastung</b> ..... Kilogramm																												
		<input type="checkbox"/> <b>Dialyse:</b> Tage <input type="checkbox"/> Mo-Mi-Fr <input type="checkbox"/> Di-Do-Sa																												
Rückantwort																														
<p>Sehr geehrte Damen und Herren,</p> <p>vielen Dank für Ihre Patientenmeldung. <b>Bitte beachten Sie nachfolgende Informationen!</b></p> <p><input type="checkbox"/> Die Aufnahme erfolgt ...</p> <p><input type="checkbox"/> Pat. steht auf der Warteliste der Station Geriatrie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Leider ist keine Aufnahme möglich.</p> <p><input type="checkbox"/> Sie werden benachrichtigt, sobald die Aufnahme erfolgen kann.</p> <p><input type="checkbox"/> Rückfragen bitte direkt an den aufnehmenden Bereich (siehe unten)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Station Geriatrie 1</td> <td style="width: 30%;">Telefon (040) 25 46 – 22 51</td> <td style="width: 30%;">Telefax (040) 25 46 - 22 50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Station Geriatrie 2</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 22 61</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 22 69</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AltersTraumatologisches Zentrum (ATZ)</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 15 61</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 22 90</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Station Geriatrie 4</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 22 11</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 22 10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Station Geriatrie 5</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 26 91</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 26 90</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Geriatrische Tagesklinik</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 22 41</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 22 40</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Geriatrische Institutsambulanz (GIA)</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 22 41</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 22 40</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rheumatologie</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 22 22</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 22 20</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chefarztsekretariat</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 22 02</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 22 00</td> </tr> </table> <p>Mit freundlichen Grüßen</p> <p>_____ Datum/ Unterschrift</p> <p style="text-align: left;">Konsiliar _____</p>				<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
<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																												