

# PATIENTENANMELDUNG

<input type="checkbox"/> <b>Kardiogeriatrische Stationär</b> (Geriatric Station 1) Telefon Sekretariat (040) 2546 –2202/ Fax (040) 2546 -2200		<input type="checkbox"/> <b>Kardiogeriatrische Beratung</b> OA Fr. Dr. Voges (Geriatric) / 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 Isolierungspf. Infektion:																
Wohnort		<input type="checkbox"/> <b>besondere Medikamente:</b> (Name)																
Telefon		<input type="checkbox"/> motorische Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> kognitive/psychische Beeinträchtigung																
Kontaktperson (Name/Tel)		<input type="checkbox"/> Sprach-/Sprech-/Schluckstörung <input type="checkbox"/> Ernährungssonde (PEG, PEJ) <input type="checkbox"/> besondere Kostform: _____ <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> spez. Wundversorgung:																
<input type="checkbox"/> Wahlleistung Arzt    Wahlleistung Zimmer: <input type="checkbox"/> 1 Bett <input type="checkbox"/> 2 Bett																		
Krankenkasse:																		
<b>Kardiologische Diagnosen</b>  Nebendiagnosen:	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> biv. <input type="checkbox"/> Klappenfehler <input type="checkbox"/> MK <input type="checkbox"/> AK <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> sonstiges:																	
	<b>Gewünschte Aufnahme ab:</b> <b>Absender (Stempel):</b> <b>Datum:</b> <b>Telefon:</b> <b>Name:</b> _____ <b>Unterschrift:</b> _____																	
		<input type="checkbox"/> <b>Barthel-Index:</b> (erforderlich) <input type="checkbox"/> <b>gesetzliche Betreuung</b> <b>Kontakt:</b> _____ <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. <b>Bitte beachten Sie nachfolgende Informationen!</b>																		
<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)																		
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Station Geriatrie 1</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 22 51</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 22 50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chefarztsekretariat Geriatrie</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 22 02</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 22 00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OA Frau Dr. Voges</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 22 98</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 22 00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chefarztsekretariat Kardiologie</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 21 02</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 21 00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OA Dr. D. Schewel</td> <td>Telefon (040) 25 46 – 29 48</td> <td>Telefax (040) 25 46 - 21 00</td> </tr> </table>				<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
<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																