

Patientenanmeldung



Aufnahme- und Entlassmanagement Pneumologie

Telefon: +49 (0) 7522 797-2020
 Telefax: +49 (0) 7522 797-2019
 E-Mail: wg-2020@wz-kliniken.de

(Bitte ausgefüllt per Fax oder E-Mail senden)

<p>Patientendaten (ausfüllen oder Etikett)</p> <p>Name, Vorname:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Telefonnummer oder Adresse:</p> <p>ggf. gesetzlicher Betreuer:</p>	<p>Dringlichkeit / Terminwunsch</p> <p><input type="checkbox"/> schnellstmöglich</p> <p><input type="checkbox"/> innerhalb 1 Woche</p> <p><input type="checkbox"/> längere Wartezeit zumutbar</p>												
<p>Relevante Diagnose</p> <p>Aufnahmegrund:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erstvorstellung</td> <td><input type="checkbox"/> NIV - Indikation</td> <td><input type="checkbox"/> (V.a.) Tuberkulose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kontrolle</td> <td><input type="checkbox"/> Beatmungskontrolle</td> <td><input type="checkbox"/> (V.a.) ILD</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> schwere Dyspnoe</td> <td><input type="checkbox"/> (V.a. pulmonales) Malignom</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Hämoptysen</td> <td><input type="checkbox"/> (V.a.) P(A)H</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Erstvorstellung	<input type="checkbox"/> NIV - Indikation	<input type="checkbox"/> (V.a.) Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Kontrolle	<input type="checkbox"/> Beatmungskontrolle	<input type="checkbox"/> (V.a.) ILD		<input type="checkbox"/> schwere Dyspnoe	<input type="checkbox"/> (V.a. pulmonales) Malignom		<input type="checkbox"/> Hämoptysen	<input type="checkbox"/> (V.a.) P(A)H
<input type="checkbox"/> Erstvorstellung	<input type="checkbox"/> NIV - Indikation	<input type="checkbox"/> (V.a.) Tuberkulose											
<input type="checkbox"/> Kontrolle	<input type="checkbox"/> Beatmungskontrolle	<input type="checkbox"/> (V.a.) ILD											
	<input type="checkbox"/> schwere Dyspnoe	<input type="checkbox"/> (V.a. pulmonales) Malignom											
	<input type="checkbox"/> Hämoptysen	<input type="checkbox"/> (V.a.) P(A)H											
<p>Besondere Risikofaktoren</p> <p><input type="checkbox"/> Schwangerschaft</p> <p><input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente</p> <p>Infektionsstatus / Problemkeime</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Mobilität</p> <p><input type="checkbox"/> selbständig und mobil</p> <p><input type="checkbox"/> braucht Unterstützung</p>												
<p>Ärztin / Arzt Klinik</p>													

Vorausgegangene Diagnostik

Bitte stellen Sie uns die relevanten Vorbefunde zur Verfügung.

Herzlichen Dank für Ihre Zuweisung!

Ein Stück Leben.