

Anmeldebogen Stationäre Aufnahme / Verlegung

Unser Fax 05673/501-1582 oder -1141

Email: aufnahme@lungenfachklinik-immenhausen.de



FÜR VERLEGUNGEN VON ÜBERWACHUNGSPATIENTEN BITTE FORMULAR 2 VERWENDEN!

Einweiser: _____ Tel: _____ Fax: _____

Verlegendes KH: _____ Station/Abt: _____ Tel: _____ Fax: _____

Ansprechpartner: _____

Patientenaufkleber / Tel.

MRE	Wo? Wann?
VRE	
MRSA	
MRGN	
Clostr.diff.	

Hausarzt: _____

Voraufenthalte LKI Nein Ja Wann _____ KV / Nr _____

Privat / Chefarzt ja nein EZ gewünscht ja nein (Garantie nur bei Isolationspflicht!)

Vorläufige Diagnose / Symptome: _____

Antikoagulation nein ja welche? _____ Katecholamine nein ja _____

Aktuelle Antibiose _____ Nierenersatzverfahren nein ja _____

Beatmung seit	NIV <input type="radio"/>	Invasiv <input type="radio"/>	Tracheostoma <input type="radio"/>	Spontanatmung <input type="radio"/>	
BGA letzte v.	Unter LO ²	pH	pO ₂	pCO ₂	HCO ₃ ⁻
BGA schlecht v.	Unter LO ²	pH	pO ₂	pCO ₂	HCO ₃ ⁻
Leuko	PCT	CRP	Hb	Größe	Gewicht

Erfolgte Diagnostik: _____

Gewünschte Diagnostik / Therapie: _____

Pflegegrad: I II III IV V Einschätzung beantragt festgestellt

Relevante Nebendiagnosen: _____

Vorsorgevollmacht ja nein Patientenverfügung ja nein

Kontakt Daten Angehörige / Betreuer _____

Bitte denken Sie bei Verlegung an die Mitgabe sämtlicher radiologischer Befunde, Bilder auf CD und Briefe.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!