

**Aufnahmekoordination: Tel: 06021 32-434746**  
**Fax: 06021 32-4575**

**Protokoll zur Anmeldung von Patienten zur elektiven Aufnahme / Untersuchung**

vom Einweiser auszufüllen

<p><b><u>Patientendaten:</u></b>  Name: _____  Geb.-Datum: _____  Adresse: _____  Telefon: _____  Versicherung: _____  Privatversichert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nur stationär</p>	<p><b><u>Anmeldende(r) Arzt / Praxis: (Stempel)</u></b>   Tel.-Nr.: _____  Fax-Nr.: _____  Rückruf an: _____</p>
---	--

**Diagnose / Fragestellung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anmeldung durch uns in Tumorkonferenz gewünscht?**  ja  nein

**CT/MRT vorhanden?** Wenn ja, von wann: \_\_\_\_\_

**Antikoagulation:**  nein  ja Was: \_\_\_\_\_

**Abführmaßnahmen ambulant möglich?**  ja  nein → Barthel-Index

**Pflegegrad:**  kein Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5 → Barthel Index & erweiterten Barthel Index beifügen  
→ keine Erhebung notwendig

**Gesetzliche Betreuung:**  nein  ja

**Infektionskrankheiten:**  nein  ja Welche: \_\_\_\_\_

**Herzschrittmacher/Defi:**  nein  ja

**Größe** \_\_\_\_\_ **Gewicht** \_\_\_\_\_ **BMI** \_\_\_\_\_

**Zum Vorbereitungstermin unbedingt relevante Vorbefunde mitgeben!**

(z. B. CT/MRT Untersuchungen auf CD, Laboruntersuchungen, bundeseinheitlicher Medikamentenplan)

von der Klinik auszufüllen

<p><input type="checkbox"/> <b>Ambulante Operation/Maßnahme (gem. §115b)</b> → bitte mit Überweisung  <input type="checkbox"/> <b>stationäre Maßnahme/Darmsprechstunde</b> → bitte mit Einweisung  Begründung für stationäre Durchführung: _____  _____</p>
<p><b><u>ambulante Vorbereitung</u></b>  am: _____ in der Elektivaufnahme _____ um: _____ Uhr  Bitte melden Sie sich etwa 30 Minuten vor dem geplanten Termin an unserer Administrativen Aufnahme</p>
<p><b><u>Untersuchungstag:</u></b>  am: _____ - um: _____ Uhr <input type="checkbox"/> auf Station _____  <input type="checkbox"/> in unserer Ambulanz  Bitte melden Sie sich etwa 30 Minuten vor dem geplanten Termin an unserer Administrativen Aufnahme</p>

Falls der Termin kurzfristig nicht wahrgenommen werden kann, soll der Patient bitte zeitnah in der Aufnahmekoordination unter der Nummer: 06021/32-434746 absagen. Erreichbarkeit der Aufnahmekoordination Montag bis Freitag von 8:30-12:00 sowie Montag bis Donnerstag von 13:00-15:00 Uhr.

**Die Patientin/der Patient wurde über die nachfolgende Terminierung informiert**

Gefaxt am \_\_\_\_\_ Bearbeiter im Klinikum \_\_\_\_\_