

Anmeldeformular

Stationäre Aufnahme

Zentrum für Allergologie und Asthma

Tel. 033748 8-2760 Fax 033748 8-1945
Mail belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de



Kontaktdaten Praxis (Stempel)

Kontaktdaten Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

☐ m ☐ w ☐ d

Telefon:

(Verdachts-)Diagnose/Symptomatik

Behandlungsauftrag

Anmeldeformular

Stationäre Aufnahme

Zentrum für Allergologie und Asthma

Tel. 033748 8-2760 Fax 033748 8-1945

Mail belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de

Durchgeführte Diagnostik

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prick-Test | <input type="checkbox"/> Labor (welche Parameter) |
| <input type="checkbox"/> ÖGD | <input type="checkbox"/> Koloskopie |
| <input type="checkbox"/> Bronchoskopie | |

Terminwunsch

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sofort (bitte telefonische Kontaktaufnahme) | |
| <input type="checkbox"/> innerhalb von 7 Tagen | <input type="checkbox"/> innerhalb von 4 Wochen |
| <input type="checkbox"/> innerhalb von 14 Tagen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Terminkoordination

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> direkte Kontaktaufnahme durch das Belegungsmanagement |
| <input type="checkbox"/> Terminübermittlung durch Praxis |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Hinweise zur Aufnahme / Benötigte Devices:

- Aktuelle Laborwerte sofern vorhanden
- Befunde stattgehabter Diagnostik
- Briefe aus Rettungsstellen/Notfallambulanzen und/oder stationären Aufenthalten
- Aktueller Medikationsplan mit QR-Code
- Verordnung von Krankenhausbehandlung / Überweisung
- Notfall-Kit sofern relevant