

# Anmeldeformular

## Stationäre Aufnahme Onkologie

Tel. 033748 8-2760      Fax 033748 8-1945  
Mail [belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de](mailto:belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de)



**JOHANNITER**  
Krankenhaus Treuenbrietzen



Zertifiziertes  
**Exellenzzentrum**  
**Thoraxchirurgie**



Kontakt Daten Praxis (Stempel)

### Kontakt Daten Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

☐ m

☐ w

☐ d

Telefon:

### Diagnose/Symptomatik

### Behandlungsauftrag

### Mikrobiologische Diagnostik

Keim vorhanden:

☐ Nein

wenn ☐ ja, wo?

Welcher?

# Anmeldeformular

## Stationäre Aufnahme Onkologie



**JOHANNITER**  
Krankenhaus Treuenbrietzen



Zertifiziertes  
**Exellenzzentrum**  
Thoraxchirurgie



Tel. 033748 8-2760 Fax 033748 8-1945  
Mail [belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de](mailto:belegungsmanagement@trb.johanniter-kliniken.de)

### Durchgeführte Diagnostik

- |                                  |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CT      | <input type="checkbox"/> Histologie |
| <input type="checkbox"/> MRT     | <input type="checkbox"/> PET-CT     |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |

### Antikoagulation

- ☐ ja ☐ nein

Welche?

Therapiegrund:

### Terminwunsch

- ☐ **sofort (bitte telefonische Kontaktaufnahme)**
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> innerhalb von 2 Tagen | <input type="checkbox"/> innerhalb von 2 Wochen |
| <input type="checkbox"/> innerhalb von 5 Tagen | <input type="checkbox"/> innerhalb von 4 Wochen |

### Terminkoordination

- ☐ direkte Kontaktaufnahme durch das Belegungsmanagement
- ☐ Terminübermittlung durch Praxis
- ☐ Sonstiges

### Hinweise zur Aufnahme / Benötigte Devices:

- Stattgehabte Bildgebung (CD, QR-Code, Link) inkl. Befundung
- Aktuelle Histologie sofern vorhanden
- im Fall eines (Vd.) Rezidivs alle Vorbefunde (Briefe, Therapie, Histologie)
- Aktueller Medikationsplan mit QR-Code
- Therapiegeräte (mobiles O2-Gerät, NIV-Gerät)
- Verordnung von Krankenhausbehandlung