

Anmeldeformular

Stationäre Aufnahme Onkologie

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:

Diagnose/Symptomatik

Behandlungsauftrag

Mikrobiologische Diagnostik

Keim vorhanden: Nein wenn ja, wo?

Welcher?

Anmeldeformular

Stationäre Aufnahme Onkologie

Tel. 033748 8-2760 Fax 033748 8-1945
Mail 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

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Welche?

Therapiegrund:

Terminwunsch

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 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

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