

Anmeldeformular

Stationäre Aufnahme Pneumologie

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



Zertifiziertes
Weaningzentrum
der DGP



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 Pneumologie

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



JOHANNITER
Krankenhaus Treuenbrietzen



Zertifiziertes
Weaningzentrum
der DGP



BEATMUNGS- UND
WEANINGZENTRUM
BRANDENBURG

Durchgeführte Diagnostik

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> Spiroergometrie |
| <input type="checkbox"/> MRT | <input type="checkbox"/> Bodyplethysmographie |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Blutgasanalysen |

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
- Aktueller Medikationsplan mit QR-Code
- Befunde ambulanter Diagnostik
- relevante Arztbriefe
- Therapiegeräte (mobiles O2-Gerät, NIV-Gerät)
- Verordnung von Krankenhausbehandlung