

Anmeldeformular Patientenübernahme



Zertifiziertes
Exzellenzzentrum
Thoraxchirurgie



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



Zertifiziertes
Weaningzentrum
der DGP



Kontaktdaten Klinik

Krankenhaus:	
Ansprechpartner:	
Telefon:	
Station/Fachabteilung:	

Kontaktdaten Patient

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Pflegegrad:	
Gesetz. Betreuer:	Telefon:
Nächster Angehöriger:	Telefon:
Aufnahmedatum:	

Hauptdiagnose/Symptomatik

--

Relevante Nebendiagnosen

--

Isolationspflichtige Erkrankungen

Keim vorhanden:	<input type="checkbox"/> Nein	wenn <input type="checkbox"/> ja, wo?
Welcher?		

Anmeldeformular Patientenübernahme



JOHANNITER
Krankenhaus Treuenbrietzen

Zertifiziertes
Exzellenzzentrum
Thoraxchirurgie



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



Zertifiziertes
Weaningzentrum
der DGP



Durchgeführte Diagnostik

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

Antikoagulation

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

Welche?

Therapiegrund:

Besonderheiten

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> DK/SPDK | <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> ZVK | <input type="checkbox"/> Arterie | <input type="checkbox"/> Dialyse |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|

Verlegungstermin

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sofort (bitte telefonische Kontaktaufnahme) | |
| <input type="checkbox"/> innerhalb von 1 Tag | <input type="checkbox"/> innerhalb von 5 Tagen |
| <input type="checkbox"/> innerhalb von 2 Tagen | <input type="checkbox"/> nächstmöglich |

Hinweise zur Übernahme / Benötigte Devices

Stattgehabte Bildgebung (CD, QR-Code, Link) inkl. Befundung

Stattgehabte Diagnostik inkl. Befundung

Aktueller Medikationsplan

Verlegungsbrief, ggf. vorhandene ältere Briefe

Therapiegeräte (mobiles O2-Gerät, NIV-Gerät)

Pflegeüberleitungsbogen

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular via Fax an: 033748 8 1945