

# Anmeldeformular Patientenübernahme



**JOHANNITER**  
Krankenhaus Treuenbrietzen

Zertifiziertes  
Exzellenzzentrum  
Thoraxchirurgie



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



<b>Durchgeführte Diagnostik</b>		
<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
<b>Antikoagulation</b>		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welche?		
Therapiegrund:		
<b>Besonderheiten</b>		
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> DK/SPDK	<input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Arterie <input type="checkbox"/> <b>Dialyse</b>
<b>Verlegungstermin</b>		
<input type="checkbox"/> <b>sofort (bitte telefonische Kontaktaufnahme)</b>		
<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	

<b>Hinweise zur Übernahme / Benötigte Devices</b>
<b>Stattgehabte Bildgebung (CD, QR-Code, Link) inkl. Befundung</b>
<b>Stattgehabte Diagnostik inkl. Befundung</b>
<b>Aktueller Medikationsplan</b>
<b>Verlegungsbrief, ggf. vorhandene ältere Briefe</b>
<b>Therapiegeräte (mobiles O2-Gerät, NIV-Gerät)</b>
<b>Pflegeüberleitungsbogen</b>

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