



Anmeldung stat. Aufnahme Herz-, Gefäßchirurgie

Patient Telefon privat: _____ GKV PP

Einweiser: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Diagnose:

Gewünschter Eingriff:

Bisherige Diagnostik:

Original verbleibt in der Patientenakte

		liegt vor	wird erstellt	liegt bei Einweisung nicht vor	
Alle Patienten	Labor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Röntgenthorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Lungenfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patient zur Herz-OP	Herzkatheterfilm (CD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	} obligatorisch bei Herzklappen
	Echokardiogramm (Befund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Carotis Doppler (Befund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Befund Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Befund HNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patient zur Gefäß-OP	Angiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	} obligatorisch bei Bauchaorten-OP
	Echokardiogramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ggf. Herzkatheterfilm (CD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Computertomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sofortige Notfallaufnahme Tel.: 0761/270-2440 Dringliche Aufnahme (stat. Übernahme) Elektive Aufnahme (Einbestellung v. zu Hause) Bes. Terminwunsch _____

Bemerkungen: _____

Interne Vermerke: _____

Aufnahmetermin: _____ Datum und Unterschrift Patientenmanagement



60064165