Elektive Aufnahme	**Terminanfrage Kinderklinik** Fachintern 3.2.1/FI/E02/ELAG RV01/11.07.2023	KLINIKUM Aschaffenburg-Alzenau

Prof Dr. med. J. Klepper
Chefarzt der Klinik
für Kinder- und Jugendmedizin
Allgemeine Pädiatrie mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

Elektive Aufnahme: **Tel: 06021-32-3695**
Fax: 06021 32-3658

Protokoll zur Anmeldung von Patienten zur elektiven Aufnahme / Untersuchung

Patientendaten:	**Anmeldende(r) Arzt / Praxis: (Stempel)**
Name: Geb.-Datum: Adresse: Telefon: Versicherung: **Privatversichert: ❒ nein ❒ ja ❒ nur stationär**	Tel.-Nr.: Fax-Nr.: Rückruf an:

Diagnose / Fragestellung: _____

_____

_____

Gewünschte Untersuchung: _____

Pflegegrad: ❒ kein Grad 1 ❒ Grad 2❒ Grad 3❒ Grad 4 ❒Grad 5 ❒

Infektionskrankheiten: ❒ nein ❒ ja Welche:_____

Größe _____ **Gewicht** _____ **BMI**_____

❒ EILT
❒ Kontrolle

Zeitfenster für die Aufnahme: ab _____

Die Patientin/der Patient wurde über die nachfolgende Terminierung informiert ❒

❒ **Ambulante Operationen $115b** → **bitte mit Überweisung**
❒ **Vorstationäre Maßnahme** → **bitte mit Einweisung**
❒ **stationäre Maßnahme** → **bitte mit Einweisung**
Begründung für stationäre Durchführung: _____

_____

ambulante Vorbereitung

am: _____ in der Pädiatrischen Notaufnahme um: _____ **Uhr**
Bitte melden Sie sich etwa 15 Minuten vor dem geplanten Termin an unserer Administrativen Aufnahme

Untersuchungs- OP-Tag:

am:_____ - um:_____ **Uhr** ❒ in der Tagesklinik _____
❒ in unserer Pädiatrischen Notaufnahme
Bitte melden Sie sich etwa 15 Minuten vor dem geplanten Termin an unserer Administrativen Aufnahme

Falls der Termin kurzfristig nicht wahrgenommen werden kann, soll der Patient bitte zeitnah an der Information der Kinderklinik unter der Nummer: 06021/32-3690 absagen.

Gefaxt am _____ Bearbeiter im Klinikum_____

vom Einweiser auszufüllen

von der Klinik auszufüllen