

Protokoll zur Anmeldung von Patienten zur elektiven Aufnahme / Untersuchung

Anmeldende(r) Arzt / Praxis: (Stempel)
Tel.-Nr.:
Fax-Nr.:
Rückruf an:

**Medizinische Klinik III
Gastroenterologie**

Aufnahmekoordination
Tel.: 06021 / 32-3004
Fax: 06021 / 32-3034

Patientendaten:
Name:
Geb.-Datum:
Adresse:
Telefon:
Versicherung:
Privatversichert: nein ja nur stationär

B02 Tel.: 06021 / 32-4544

Diagnose / Fragestellung: _____

- Bitte relevante Befunde mitsenden -

Geplante Untersuchung: _____

Antikoagulation: nein ja Was: _____

Gesetzliche Betreuung: nein ja

Infektionskrankheiten: nein ja Welche: _____

Herzschrittmacher/Defi: nein ja

Bei Koloskopie-Patienten: Abführmaßnahme ambulant möglich? nein ja

Zeitfenster für die Aufnahme: ab _____

Die Patientin/der Patient wurde über die nachfolgende Terminierung informiert

- Ambulante Operation/Maßnahme (gem. §115b) → bitte mit Überweisung und Labor (bb, Q, PTT)**
- stationäre Maßnahme → bitte mit Einweisung**

Begründung für stationäre Durchführung: _____

ambulante Vorbereitung

am: _____ in der Elektivaufnahme _____ um: _____ Uhr

Bitte melden Sie sich etwa 30 Minuten vor dem geplanten Termin an unserer Administrativen Aufnahme

COVID-Testung: PCR am _____ Schnelltest am _____

Untersuchungstag:

am: _____ - um: _____ Uhr auf Station _____

in unserer gastroenterologischen Ambulanz

Bitte melden Sie sich etwa 30 Minuten vor dem geplanten Termin an unserer Administrativen Aufnahme

Zum Vorbereitungstermin unbedingt relevante Vorbefunde mitgeben.

(z. B. Vor-Endoskopien Schnitt-Bildgebung auf CD, Laboruntersuchungen, Medikamentenplan)

Falls der Termin kurzfristig nicht wahrgenommen werden kann, soll der Patient bitte zeitnah in der Endoskopie unter der Nummer: 06021/32-3408 absagen.

Erreichbarkeit der Endoskopie Montag bis Freitag 7:30 bis 16:00 Uhr

Gefaxt am _____ Bearbeiter im Klinikum _____

vom Einweiser auszufüllen

von der Klinik auszufüllen