**PD Dr. med. A. Hoffman**

Chefarzt der Medizinischen Klinik III

Klinikum Aschaffenburg - Am Hasenkopf - 63739 Aschaffenburg

**FAX: 06021 32-3034**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 Fr. Ehrhardt**

 Tel.: 06021 / 32-3004

Fax: …-3034

B02 Tel.: 06021 / 32-4544

 Entwurf für Fax

**Patientendaten:**

Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon:

Versicherung:

**Privatversichert: ❒ nein ❒ ja ❒ nur stationär**

**Diagnose / Fragestellung:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Bitte relevante Befunde mitsenden -

**Gewünschte Untersuchung**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antikoagulation:** ❒ nein ❒ ja Was:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wenn ja: Bitte Vorgehen gemäß „Endoskopie bei Antikoagulation“ (Tabelle anfordern!)

**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** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bevorzugter vorstationärer Termin:** ❒ vormittags ❒ nachmittags

 (nur wenn organisatorisch möglich)

|  |
| --- |
| **Vorstationäre Aufnahme**zur Blutentnahme und Aufklärung mit Einweisung ❒ nein ❒ ja am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in der Elektivaufnahme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ um: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr** |

|  |
| --- |
| **Stationäre Aufnahme zur Untersuchung:** am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - um: : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr** - auf Station \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Zur vorstationären Aufnahme 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**

Mit freundlichem Gruß

Gefaxt am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bearbeiter im Klinikum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_