

Anmeldung in den Kliniken für Innere Medizin I und II:

Fax (03501) 71 18-1004

—
Belegungsmanagement T (03501) 71 18-1900

<p>Einweisender Arzt/Praxis _____</p> <p style="text-align: center; color: #ccc;">Stempel</p>	<p>Auszufüllen vom Helios Klinikum Pirna</p> <p>Geplanter Termin: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Patient wurde über den Termin informiert.</p> <p>Patient soll:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> nüchtern</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> nicht nüchtern kommen.</td></tr></table> <hr/> <p>Stempel/Unterschrift Internistisches Zentrum</p>	<input type="checkbox"/> nüchtern	<input type="checkbox"/> nicht nüchtern kommen.
<input type="checkbox"/> nüchtern			
<input type="checkbox"/> nicht nüchtern kommen.			

Informationen zum Patienten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Allgemeinzustand: mobil Rollstuhl liegend dement

Infektiösität: nicht infektiös ESBL MRSA Viren
(Norovirus usw.)

Terminwunsch: dringend (1 bis 3 Tage) im Zeitraum von _____ Wochen

Patient kommt wegen:

Patient bringt folgende Vorbefunde mit:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Koronarangiographie | <input type="checkbox"/> LAA- Okkluder | <input type="checkbox"/> Gastroskopie |
| <input type="checkbox"/> Kardioversion | <input type="checkbox"/> TEE | <input type="checkbox"/> Koloskopie |
| <input type="checkbox"/> Implantation HSM/AICD | <input type="checkbox"/> Klappenintervention | <input type="checkbox"/> Diagnostik bei o.g. Symptomen |
| <input type="checkbox"/> Elektrophysiologische Ablation | <input type="checkbox"/> Bronchoskopie | <input type="checkbox"/> _____ |