

PATIENTENANMELDUNG

Klinik für Innere Medizin I
Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie,
Endokrinologie/Diabetologie, Nephrologie

Chefarzt: Dipl.-Med. Ulf Parulewski

Sekretariat - Frau Eve Wißing
Tel. 0 37 41 - 49 3767
Fax 0 37 41 - 49 3771
eMail eve.wissing@helios-gesundheit.de

Name:
Vorname:
Geb.-Datum:
Telefon:

Einweisender Arzt (Stempel)		
Einweisungsdiagnose:		
Kurzanamnese/ Fragestellung:		
Nebendiagnosen:	<input type="checkbox"/> geistig fit <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertonus <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Herz (KHK, Z. n. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schrittmacher/Defi)	<input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Sauerstoff <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse <input type="checkbox"/> Magen/Darm <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Sonstiges
	<input type="checkbox"/> Isolation	Keimstatus:
Medikamente:	<input type="checkbox"/> Antikoagulantieneinnahme	<input type="checkbox"/> Metformin
Soziales	<input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> hilfsbedürftig <input type="checkbox"/> Versorgung durch Angehörige <input type="checkbox"/> gehfähig <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> bettlägrig	<input type="checkbox"/> Pflegestufe/Grad <input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeheim/Tel.: <input type="checkbox"/> Hilfsmittel
Wahlleistung/Privatklinik	<input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> Selbstzahler	Krankenkasse
Sprache:	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Dolmetscher erforderlich
Ansprechpartner: (Name/Tel.)	<input type="checkbox"/> Betreuer/Vorsorgevollmacht	
	<input type="checkbox"/> Angehörige	

auszufüllen durch Klinik für Innere Medizin I

<input type="checkbox"/> Prästationäre Aufnahme: (7.00 – 8.00 Uhr über Aufnahme)	<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme: (7.00 – 8.00 Uhr über Aufnahme)	<input type="checkbox"/> Ambulant:
		Terminvereinbarung über MVZ Innere Tel. 03741 49 3701

Datum	Anmeldeplaner
Anordnung zur Aufnahme:	