



# Patientenanmeldung

## Belegungsmanagement/Casemanagement

Telefon: +49 (0) 7522 797-2020

Telefax: +49 (0) 7522 797-2019

E-Mail: wg-casemanagement@wz-kliniken.de

(Bitte ausgefüllt per Fax oder E-Mail senden)

<b>Patientendaten</b> (ausfüllen oder Etikett aufkleben) Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Telefonnummer oder Adresse: _____ ggf. gesetzlicher Betreuer: _____	<b>Dringlichkeit / Terminwunsch</b> <input type="checkbox"/> schnellstmöglich <input type="checkbox"/> innerhalb 1 Woche <input type="checkbox"/> längere Wartezeit zumutbar
<b>Relevante Diagnose</b> Aufnahmegrund: <input type="checkbox"/> Erstvorstellung <input type="checkbox"/> NIV – Indikation <input type="checkbox"/> (V.a.) Tuberkulose <input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Beatmungskontrolle <input type="checkbox"/> (V.a.) ILD <input type="checkbox"/> schwere Dyspnoe <input type="checkbox"/> (V.a. pulmonales) Malignom <input type="checkbox"/> Hämoptysen <input type="checkbox"/> (V.a.) P(A)H	
<b>Besondere Risikofaktoren</b> <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> blutverdünnende Medikamente  <b>Infektionsstatus / Problemkeime</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>COVID-19 Impfstatus</b> <input type="checkbox"/> Vollständig geimpft <input type="checkbox"/> Nicht geimpft
<b>Ärztin / Arzt</b> _____ <b>Klinik</b> _____ <b>Telefon-/Faxnummer:</b> _____	<b>Mobilität</b> <input type="checkbox"/> selbständig und mobil <input type="checkbox"/> braucht Unterstützung
<b>Kontaktdaten Angehöriger:</b> _____ Name und Vorname, Telefonnummer, E-Mail	

Stand: Dezember 2021

## Vorausgegangene Diagnostik:

Bitte stellen Sie uns die relevanten Vorbefunde zur Verfügung.

**Herzlichen Dank für Ihre Zuweisung!**

Dr. med. Dominik Harzheim & Dr. med. Philipp Meyn