

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten, Adresse		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Einweisungsanmeldung zur
Ruhrlandklinik gGmbH
Tüschener Weg 40 | 45239 Essen**

Fax: 0201/ 433 – 19 67

<p><u>Diagnose</u></p> <p><u>Fragestellung:</u></p>	<p>Arztstempel Einweiser/ Krankenhaus</p>
--	---

Telef. Kontaktaufnahme Patient **Tel.-Nr.:** _____
Handy-Nr.: _____

Weitere Angaben zur DiagnoseWiederaufnahme:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<u>wenn ja:</u>	<input type="checkbox"/> Verschlechterung	<input type="checkbox"/> Intervention	<input type="checkbox"/> unklar
	<input type="checkbox"/> Kontrolle	<input type="checkbox"/> Abklärung	
	<input type="checkbox"/>		

Bevorzugte Aufnahme in Abteilung:

- Pneumologie Universitätsklinik (Prof. Dr. Teschler)
- Intensivmedizin/ Respirator Entwöhnung (Dr. Bonin)
- Interventionelle Pneumologie, Allergologie (Dr. Darwiche)
- Thoraxchirurgie/ Thorakale Endoskopie (PD Dr. Welter)
- Thorakale Onkologie-WTZ (Prof. Dr. Schuler)

Gewünschter Aufnahmetermin:

- Dringend (< Tage) Zügig (< 1 Woche)
 Terminieren (> 1 Woche)

Unterlagen/ Untersuchungen	durchgeführt/ vorhanden	werden mitgegeben	
Röntgenaufnahme(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körpergröße: cm
Computertomografie(n) CTs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körpergewicht: kg
Lungenfunktions- untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Notizen:</u>
Beatmungsgeräte (NIV etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobile Sauerstoffgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inhalationsgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sauerstoff-pflichtig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche:			
Mobilität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Toilette	
MRSA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
andere Keime/ Infektionen: Welche? .	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt