



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

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

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:

- Klinik für Pneumologie (Prof. Dr. med. C. Taube)
- Sektion Interventionelle Bronchologie (PD Dr. K. Darwiche)
- Intensivmedizin/ Respirator-Entwöhnung (Leitung Frau Dr. med. C. Antony)
- Thoraxchirurgie/ Thorakale Endoskopie (Prof. Dr. med. C. Aigner)
- Thorakale Onkologie-WTZ (Prof. Dr. med. M. 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: Wenn ja, 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