RUHRLANDKLINIK
Westdeutsches Lungenzentrum
Universitätsmedizin Essen

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

Diagnose Fragestellung:	Arztstempel Einweiser/ Krankenhaus

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

Handy-Nr.: _____

Weitere Angaben zur DiagnoseWiederaufnahme: ☐ ja ☐ nein

wenn ja: ☐ Verschlechterung ☐ Intervention ☐ unklar
☐ Kontrolle ☐ Abklärung
☐ .....

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)

☐ Zentrum für Schlaf- und Telemedizin (Prof. Dr. med. C. Schöbel)

Gewünschter Aufnahmetermin:

☐ Dringend (< Tage) ☐ Zügig (< 1 Woche)

☐ Terminieren (> 1 Woche)

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