

Bitte die neue Faxnummer beachten!

gültig ab: 09.01.2019



ORTHOPÄDISCHE
UNIVERSITÄTSKLINIK
FRIEDRICHSHAIM

Datum/Uhrzeit:

Krankenhaus/Institution:

Abteilung:

Adresse:

Ansprechpartner:

Telefon Tag:

Übernahme des Patienten abgeprochen mit (Angabe wichtig, um Patienten aufnehmender Abteilung zuordnen zu können):
.....

Patient

Name: Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Größe: cm Gewicht: kg

Kostenträger:

Betreuung: ja nein

Betreuer (Name/Telefon/Fax):

Patientenverfügung: ja nein

Angehörige, primäre Bezugspersonen

Name: Vorname:

Adresse:

Telefon:

Besonderheiten bei der Erreichbarkeit:

Aufnahmedatum:

Aufnahme-Diagnosen:

Verlegungs-Diagnosen:

Operationen:

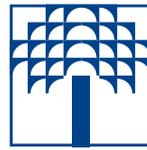
Vorerkrankungen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> KHK | <input type="radio"/> Vorhofflimmern | <input type="radio"/> Myokardinfarkt |
| <input type="radio"/> PTCA, Stents | <input type="radio"/> Vitien | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="radio"/> Lungenerkrankung | <input type="radio"/> Pulmonale Hypertonie | <input type="radio"/> Emphysem |
| <input type="radio"/> Maligner Tumor | <input type="radio"/> Niereninsuffizienz | <input type="radio"/> Diabetes Mellitus |
| <input type="radio"/> Drogenabusus | <input type="radio"/> Immunsupression | <input type="radio"/> Alkoholabusus |
| <input type="radio"/> Nikotinabusus | <input type="radio"/> andere: | |

RÖ-Thorax (Datum/Befund):

Herzecho (ja/nein,Datum,Befund):

CT/MRT (Datum/Befund):



Niere

Kreatinin: GFR: Diuretika: Harnstoff:

Leber

Zirrhose Hepatitis

Kreislauf

Katecholamine MAP

Gerinnung

Quick: PTT: Thrombozyten: INR:

Antikoagulation

Thrombozytenaggregationshemmer (welche, Dosierung):

Thromboseprophylaxe (welche, Dosierung):

Sonstige Antikoagulation (welche, Dosierung):

Neurologie/Vigilanz/ZNS

RASS:

GCS:

Apoplex/Blutung wann:

Mikrobiologie

Nachgewiesene Keime (welche, seit wann):

Antibiotika (welche, seit wann):

MRSA (letzter Abstrich, Lokalisation):

VRE (letzter Abstrich, Lokalisation):

ESBL (letzter Abstrich, Lokalisation):

Pflegerischer Hilfebedarf

Waschen:

Anziehen:

Ausscheidung (Kontinenzprofil, Hilfsmittel):

Ernährung (Kostform, Mangelernährung):

Mobilität (erlaubt, erreicht, Hilfsmittel):

Medikamente:

(Sollte der Patient freitags nach 11:00 Uhr bei uns eintreffen, bitten wir um Mitgabe der Medikamente im benötigten Umfang bis einschließlich Montagvormittag.)

Bitte faxen Sie dieses Formular an die Faxnummer: 069 6705-409.

Danke für ihre Mithilfe!