Anmeldeformular zur Aufnahme in der Klinik für Gastroenterologie im MKM

- Bitte diesen Bogen ausgefüllt inkl. relevanter Vorbefunde an das elektive Aufnahmezentrum per Fax an **06131/ 575 3011** senden.
- Telefonische Rücksprache ist Mo - Fr von 07:30 Uhr - 15:30 Uhr unter **06131/ 575 5555** möglich.

Zuweiser/ Ansprechpartner/ Name: _____

Telefonnummer (Durchwahl) für Rückfragen: _____

Fachbereich: **Endoskopie** ☐ **Elektive Aufnahme** ☐

Fragestellung: _____

Gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Privat Ja ☐ Nein ☐

Stationär ☐ Chefarzt ☐ Wahlleistung 1- Bett ☐ Wahlleistung 2- Bett ☐
Ambulant ☐

Vorab erforderlicher Informationen

Arztbericht	Ja ☐	Nein ☐	Medikamentenplan	Ja ☐	Nein ☐
EKG	Ja ☐	Nein ☐	Blutverdünnung	Ja ☐	Nein ☐
MRT _____	Ja ☐	Nein ☐	Monitorpflicht	Ja ☐	Nein ☐
CT _____	Ja ☐	Nein ☐	Isolationspflicht	Ja ☐	Nein ☐
Röntgen _____	Ja ☐	Nein ☐	Schwerlastbett	Ja ☐	Nein ☐

Gewünschte Untersuchungen

ÖGD	Ja ☐	Nein ☐	Punktion	Ja ☐	Nein ☐
Endosonografie	Ja ☐	Nein ☐	ERCP	Ja ☐	Nein ☐
Sono (Interventionell)	Ja ☐	Nein ☐	Koloskopie	Ja ☐	Nein ☐

Sonstiges _____

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

_____

Interne Bearbeitung

Termin im Aufnahmezentrum: _____

Geplante Aufnahme am: _____

Bearbeiter: _____