

FAX an (0 22 93) 9 20-6 22

Bitte faxen Sie vor der Aufnahme des Patienten folgende Informationen an unser Aufnahmesekretariat:

Patient (Vor- und Zuname): _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Kostenträger: _____

Antragsrelevante Hauptdiagnose:

Hirninfarkt Hirnblutung Sonstiges (bitte nennen): _____

Diagnostik abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Akutstationäre Therapie abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Operative Maßnahmen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Frei von Sepsis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Frei von Pneumonie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HerzKreislauf im Liegen ohne Katecholamingabe stabil?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tracheotomie erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sedierung beendet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ICP stabil seit drei Tagen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thoraxdrainage entfernt bzw. nicht erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antibiotisches Resistogramm liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weaningversuch erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weaning realistisch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreuung liegt vor oder ist beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kein Nachweis von MRSA, ESBL, VRE?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Letzte Abstricherserie entnommen am:		

Aufnahme:

Tel. (0 22 93) 9 20-5 00

Fax: (0 22 93) 9 20-6 22

E-Mail: aufnahme.rhein-sieg-klinik@dbkg.de

Oberärztin Neurologie Frau M. Ramezanzpour

Tel.: (0 22 93) 9 20-9 54

E-Mail: mramezanzpour@dbkg.de