



Anmeldeformular für stationäre / tagesstationäre Patienten

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon / Mobil: _____

Versicherung:
<input type="checkbox"/> Gesetzlich
<input type="checkbox"/> Privat

Aufenthalt:
<input type="checkbox"/> Tagesstationär
<input type="checkbox"/> Stationär

Anmeldender Arzt: _____

Tel.Nr.: _____

Bitte Unterlagen an das Patientenmanagement ZPM faxen: 06221 / 564949

Diagnose: (V.a. / gesichert) _____

Nebendiagnosen: _____

Geplante Maßnahme: _____

Termin: sobald möglich frühestens ab: _____ spätestens bis: _____

Rückmeldung an Anmelder: ja nein
(in begründeten Fällen)

Infektiosität *MRSA, VRE*: ja nein

Erhöhte Infektanfälligkeit: ja nein

Besonderer Betreuungsaufwand: ja nein

Anästhesieaufklärung: erforderlich erfolgt nein

Chirurgische Aufklärung: erforderlich erfolgt nein

Endokarditisprophylaxe: ja nein

Zu besorgende Befunde: _____

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Angelika-Lautenschläger-Klinik

Prof. Dr. med. G.F. Hoffmann
Geschäftsf. Ärztlicher Direktor

Zentrales Patientenmanagement

Charlotte Peschmann
Monika Halbritter
Tanja Oberst
PD Dr. med. O. Sommerburg

Im Neuenheimer Feld 430
D-69120 Heidelberg

☎ +49 (0)6221 56 7546 / 7583
37349 (mobil)

☎ +49 (0)6221 56 4949

✉ ZPM.Kinderklinik@
med.uni-heidelberg.de

www.klinikum.uni-heidelberg.de/
kinder

Patientenname: _____

Seite 2

Laboruntersuchungen:

- BKS, BB, diff. BB, Elyte, (Na, K, Ca), Cl, Phosphat, CrP, Krea,
 Harnstoff, Albumin, Gesamteiweiß, GOT, GPT, yGT, Bili, Quick,
 PTT, andere: _____

Medikamentenspiegel/Profile: _____

Endokrin. / Metab. Funktionsdiagnostik: _____

LP: _____

Bildgebung:

Sedierung erforderlich

- Ultraschall: _____
- Röntgen: _____
- MRT: _____ Ja
- CT: _____ Ja
- Szintigraphie: _____ Ja
- Echo: _____

Weitere Diagnostik:

- EKG, LZ-EKG, Kipptisch, Lufu, Schweißtest, 24h-RR
- Neurophysiologie: _____ Ja
- pH-Metrie, Schlaflabor, S-EEG, W-EEG
- Sonstige _____

Interventionen:

- Biopsie: _____
- Endoskopie: _____
- PEG-Anlage: _____
- Gelenkpunktion _____
- Herzkatheter _____

Sonstiges:

- Besondere Medikamente/ Ernährung: _____
- Nachsorge: _____

Bemerkungen: _____

Datum & Unterschrift des anmeldenden Arztes: _____