

Etikett Patient(in)



I. Medizinische Klinik

**Anmeldung zur stationären Aufnahme
via Patientenmanagement der I. Med. Klinik
Tel. 0621-383-5239 Fax 0621-383-8103
E-Mail med1pm@umm.de
Haus 8 Ebene 2 Zimmer 68**

PKV mit CA PKV ohne Chefarzt

1 Bett 2 Bett

Tel. Nr. des Patienten (mobil/Festnetz): _____

Diagnose: _____

Geplanter Eingriff: _____

Datum des geplanten Eingriffs: _____ / Datum festzulegen von Patientenmanagement

Erforderliche Diagnostik vor dem Eingriff: _____

Zusätzliche Bemerkungen: _____

Patient ist über Aufnahme informiert und über den Eingriff/ Untersuchung vom anmeldeten Arzt aufgeklärt

Anästhesie: keine / Sedierung / Vollnarkose

Notwendiges Bett: Normalstation / Intensivstation

Geplante Aufenthaltsdauer (Tage): _____

Der Patient nimmt folgende Medikamente:

Metformin..... belassen / absetzen ab _____

Marcumar..... belassen / absetzen ab _____

DOAK (Lixiana, Xarelto, Eliquis, Pradaxa)... belassen / absetzen ab _____

Antiarrhythmika (_____) belassen / absetzen ab _____

Datum der Anmeldung: _____

Indikationsverantwortlicher(r) Ärztin/Arzt: _____
Name in Druckbuchstaben/Stempel