

**Anmeldung in den Kliniken für
Innere Medizin I, II, III und Klinik für Geriatrie:
Fax (0351) 646-6951
E-Mail Bettenmanagement: bettman.freital@helios-gesundheit.de**

<p>Einweisender Arzt/Praxis _____</p> <p style="text-align: center;">Stempel</p>	<p>Auszufüllen von den Helios Weißeritztal-Kliniken</p> <p>Geplanter Termin: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Patient wurde über den Termin informiert.</p> <p>Patient soll: <input type="checkbox"/> nüchtern <input type="checkbox"/> nicht nüchtern kommen.</p> <p>_____</p> <p>Stempel/Unterschrift Klinik</p>
--	---

Informationen zum Patienten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Patient ist betreut: Kontakt Betreuer: _____

Allgemeinzustand: mobil Rollstuhl liegend dement
Infektiösität: nicht infektiös ESBL MRSA Viren (Norovirus usw.)

Terminwunsch: dringend (1 bis 3 Tage) im Zeitraum von _____ Wochen
 Terminwunsch _____ Rückruf Oberarzt der Fachabteilung erbeten

Patient kommt wegen:

Patient bringt folgende Vorbefunde mit:

Gewünschte Untersuchungen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kardioversion | <input type="checkbox"/> Koloskopie |
| <input type="checkbox"/> Implantation HSM/AICD | <input type="checkbox"/> Diagnostik bei o. g. Symptomen |
| <input type="checkbox"/> Kardiologische Diagnostik vor OP/Eingriff | <input type="checkbox"/> Behandlung diabetisches Fußsyndrom |
| <input type="checkbox"/> Therapie Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Einstellung/Therapie bei entgleistem Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> TEE | <input type="checkbox"/> ERCP |
| <input type="checkbox"/> Bronchoskopie | <input type="checkbox"/> Endosonografie |
| <input type="checkbox"/> Erweiterte pulmologische Diagnostik | <input type="checkbox"/> Spiroergometrie |
| <input type="checkbox"/> Hämatologie: Diagnostik Anämie | <input type="checkbox"/> Geriatrische Komplexbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Gastroskopie | |