Universitätsklinikum Ulm **Klinik für Innere Medizin I**	**Anmeldeformular Innere 1**

Zentrales Bettenmanagement Innere 1
zbm.innere1@uniklinik-ulm.de
Telefon: 0731/ 500-44573
Fax: 0731/ 500-44589

Absender:
Name/ Anschrift der Praxis/ Krankenhaus

Telefon:
Für evtl. Rückfragen

Datum:
der Anmeldung

Patientendaten:

□ **Frau**	**Nachname:**	**Vorname:**	**Geburtsdatum:**	□ **Kasse**
□ **Herr**	**Strasse:**	**PLZ/ Wohnort:**	**Telefon:**	□ **Privat**

Diagnose:	**Geplante/r Therapie/ Eingriff:**
Sonstiges: □ Diabetes mellitius □ Typ 1 □ Typ 2 □ Andere:_____ □ Diabetisches Fußsyndrom □ Niereninsuffizienz □ Infektionskrankheiten: _____ □ bei endoskopischen Eingriffen: ○ Aufklärung erfolgte **(muss vom Patient unterschrieben mitgebracht werden)** ○ Gerinnungshemmende Medikamente bitte 7 Tage vor endoskopischen Eingriffen absetzten ○ Patienteninformation: ○ nüchtern bei Aufnahme	□ Dialysepflichtig □ Marcumar® oder Ähnliche □ ASS® oder Ähnliche □ Clopidogrel® oder Ähnliche □ orale Antidiabetika: _____ □ Insuline: _____ □ Immunsuppressiva: _____ □ bereits gelaufene Diagnostik: ○ CT: _____ (Bitte Datum eintragen / Befund und Datenträger zusenden oder mitbringen lassen) ○ MRT: _____ ○ PET-CT: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen

Besonderheiten/ Probleme/ Wünsche:

Aufnahmezeitraum:

□ elektiv
□ innerhalb von ____ Tagen

Aufnahmetyp:

□ Vollstationär
□ Kurzstationär

von:

□ zu Hause
□ Verlegung

Rücksprache mit Arzt erfolgte/ ist gewünscht:

Name des Arztes:

Wann:

Dieser Ausdruck ist eine **unkontrollierte Kopie**!
Für die Übereinstimmung mit der im "QM-Arbeitsplatz" hinterlegten Version trägt jeder Mitarbeiters selbst die Verantwortung.