

## Anmeldebogen zur stationären Aufnahme auf die Infektionsstation

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank für die Kontaktaufnahme und das Vertrauen, Ihre Patientin/Ihren Patienten zur stationären Untersuchung oder Behandlung in unsere Hände zu geben.

Wir senden Ihnen diesen Fragebogen zu, um mit Ihnen eine stationäre Übernahme des/der Patienten/in auf unsere Infektionsstation zu planen.

Bitte beantworten Sie die Fragen kurz, präzise und vollständig und faxen den Anmeldebogen zurück an:

### Unsere Faxnummer: 04537-1882480

Sobald uns der Fragebogen vorliegt, setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung und besprechen mit Ihnen die Möglichkeiten und den Zeitpunkt zur Übernahme. Bei Verschlechterung des Zustandes des/der Patienten/in oder sonstigen neuen Aspekten, die eine Übernahme beeinflussen, bitten wir um umgehende Benachrichtigung.

#### Ansprechpartner:

Station 2b: Stationsarzt/in: 04537-1883541  
Schwesternzimmer: 04537-1883540  
Fax: 04537-1882480  
Oberarzt PD Dr. med. Jan Heyckendorf, Telefon: 04537 / 188-2901/5

#### Bei Verlegung bitte mitgeben:

- **Computertomographie und Röntgenaufnahmen (ggf MRT), gerne auf CD**
- **Kumulativbefund Labor**
- **relevante mykobakteriologische Befunde**
- **letztes Resistogramm der Mykobakterien**

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und die gute Kooperation.

Mit freundlichem Gruß



Prof. Dr. Dr. h.c. Christoph Lange



PD Dr. Jan Heyckendorf

## Fragebogen zur Aufnahme auf die Infektionsstation:

**1. Für die Planung der Übernahme benötigen wir bitte die Nennung von Ansprechpartnern, die patientenbezogen Auskunft geben können:**

Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ggf. Krankenhaus/Station: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**2. Personalien der/des Patientin/en (Aufkleber, wenn möglich):**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**3. Krankenkasse des Patienten**

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungs-ID: \_\_\_\_\_

**4. Betreuung:**

Nein:  Ja  , durch \_\_\_\_\_

**5. Ist die Tuberkulose / Mykobakteriose gesichert?**

Verdacht auf Tuberkulose

Oder gesichert durch Mikroskopie  PCR  Kultur

Liegen Resistenzen vor? Isoniazid  Rifampicin  Fluorchinolone

Falls vorhanden, faxen Sie bitte gerne das aktuelle Resistogramm mit diesem Bogen mit!

**6. Welche weiteren Komorbiditäten bestehen?**

\_\_\_\_\_

**7. Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?** Nein  Ja

**8. Sind Problemkeime nachgewiesen?** MRSA  3 / 4 MRGN  VRE  CDT  Corona

**Bitte den ausgefüllten Fragebogen an die Medizinische Klinik Borstel (04537-1882480) faxen.**

**Vielen Dank!**