

## Anmeldeformular für stationäre / tagesstationäre Patienten

### Patient:

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

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon / Mobil \_\_\_\_\_

**Versicherung:**

- Gesetzlich  
 Privat

**Aufenthalt:**

- Tagesstationär  
 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**  
**Anja Weihert**

Im Neuenheimer Feld 430  
D-69120 Heidelberg

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

☎ +49 (0)6221 564949

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

www.klinikum.uni-heidelberg.de/  
kinder

Patientenname: \_\_\_\_\_

**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 Anmelder: \_\_\_\_\_