

## Anmeldung im Fachkrankenhaus KLINIK BAVARIA Kreischau

<p>AOK    LKK    BKK    IKK    VdAK                  AEV    Knappschaft                  Anderer Kostenträger:</p>	<p><b>Verlegendes Krankenhaus</b></p>     <p>Station:</p> <p>Aufnahme im Krankenhaus am:</p>
<p>Name, Vorname des Versicherten:</p> <p>geboren am:</p> <p>Geschlecht:      männlich      weiblich      divers</p> <p>Versicherten-Nr.</p>	

<p>Verlegungsdiagnose:</p>	
<p>OP innerhalb der nächsten 14 Tage geplant?      Ja      Nein</p>	
<p>Luftweg:                      oral intubiert      Tracheostoma:</p>	<p>operativ      Sprechkanüle      Maske      dilatiert</p>
<p>Monitoring:      Ja      Nein</p>	
<p>Beatmung seit:</p>	
<p>Beatmung größer als 168 h an aufeinanderfolgenden Tagen vor Verlegung:      Ja      Nein</p>	
<p>Intensiv-Beatmungsgerät</p>	<p>Heimbeatmungsgerät</p>

<p><b>Multiresistente Erreger und Erkrankungen mit besonderen Hygieneempfehlungen</b></p>	
<p>Methicillin-resistenter Staphylokokkus aureus (MRSA)</p>	
<p>Vancomycin-resistenter Enterokokkus faecium oder faecalis (VRE)</p>	
<p>3MRGN (Erreger):</p>	
<p>4MRGN (Erreger):</p>	
<p>Clostridium difficile assoziierte Diarrhö (CDAD)</p>	
<p>Ansteckende virale Gastroenteritiden:</p>	<p>Norovirus      Rotaviren</p>
<p>Andere:</p>	
<p>HIV</p>	
<p>Hepatitis A-E (Erreger):</p>	
<p>SARS-CoV-2</p>	
<p>andere Erreger:</p>	

<p>Nierenersatztherapie:      Ja      Nein</p> <p>Im Fall der notwendigen Nierenersatztherapie, erhalten Sie per Fax ein gesondertes Formular.</p> <p>Faxnummer:</p>	<p>Stempel und Unterschrift behandelnder Arzt</p>     <p>Telefonnummer:</p>
--	--