

Telefon **+49 (0)7662 811 825**

Datum:

Hotline:

Email: hotline@vogtsburg.ameos.de

Fax: +49 (0)7662 811 320

Patient: *ggf. Patientenaufkleber*

Name:

Adresse:

PLZ Ort:

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer zur Aufnahmebestätigung:

Anmelder/Ansprechpartner/Telefon

Name:

Adresse:

PLZ Ort:

Telefonnummer:

Zudem Anruf nach Aufnahme-Terminvereinbarung

direkt mit dem Patienten **Tel.-Nr. des Patienten:** _____

Rückmeldung an die **Suchtberatungsstelle Tel.-Nr. der**

Suchtberatungsstelle: _____

Einweisungsgrund/gewünschte Therapie

Körperlicher Entzug

Qualifizierter Alkoholentzug

Sonstige:

Ansprechpartner/ juristischer Betreuer/-in:

Aufnahme/Übernahme des Patienten gewünscht am:

War bereits bei uns stationär:

ja

nein

Hauptdiagnose:

Auszufüllen vom AMEOS Klinikum Kaiserstuhl

Interner Aufnahmetermin: _____

Datum

Unterschrift

Aufnahmemanager

QE-Belegung

Relevante Nebendiagnosen:

Opioidsubstitution

Krampfanamnese:

positiv

negativ

Screeningbefund der Aufnahme belegen:

SARS-CoV-19 (Rachen-Abstrich-PCR)

Erfolgt am _____

(nicht älter als 48 h) vor dem gewünschten

Verlege/Aufnahmedatum, siehe oben

Stationäre Folgebehandlung geplant:

Ja nein ab wann: _____

Erstellt am / durch	Geprüft am / durch	Freigegeben am / durch	Version bzw. Revision
15.8.2017/Wilkens-Lotis	30.04.2021/Dr. Rengshausen	30.04.2021/Dr. Rengshausen	001/15.8.2017; 002/16.10.2017/6.11.2017 003/31.1.2018 004/27.3.2018 005/21.1.2019