

Telefonische Patientenmeldung für den Notfallbereich ZNA

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: m w Geb. Datum: _____

Diagnose/Problembeschreibung: _____

Wer hat angerufen (Praxis etc.)?: _____ Rückruf-Nr.: _____

_____ Rückruf erbeten? Ja Nein

Wie kommt der Patient?: KTW RTW Taxi eigenständig

Wann kommt der Patient? Datum: _____ Uhrzeit: _____

Wird ein unmittelbar erstellter schriftlicher Befund erwartet?: Ja Nein

Es wird gebeten um: stationäre Aufnahme: Ja Nein

Diagnostik: CT: MRT: Sono: Labor:

Sonstiges: _____

Unterschrift Pflegekraft ZNA