

## Anmeldung Chemotherapie

Aufenthalt **stationär**

Tagesklinik (**teilstationär bis 24 h, Tarmed**)

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Telefon Privat	Telefon Geschäft	Natel	
Angaben zur Versicherung (Name, Adresse, Versicherungs-Nr.)			
<b>Versicherungsart</b> <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> allgemein UVG (IV; MV) <input type="checkbox"/> allgemein KVG mit Vorauszahlung <input type="checkbox"/> Selbstzahler mit Vorauszahlung Bemerkungen:			
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall, bei Unfall bitte nachfolgend Stichworte zum Unfallhergang			

<b>Hauptdiagnose ICD 10</b> (seit wann bekannt)	ICD 10 Code
Nebendiagnosen	
<b>Geplante Therapie</b>	<input type="checkbox"/> palliativ <input type="checkbox"/> kurativ

<b>Eintrittsdatum</b>	<b>Eintrittszeit</b>	Eintrittsart <input type="checkbox"/> Sanität <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Rollstuhl	<b>Dauer Aufenthalt in Tagen</b>
-----------------------	----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

<b>Zugänge</b> <input type="checkbox"/> Venflon	<input type="checkbox"/> Port-a-cath i/v	<input type="checkbox"/> Port-a-cath i/p	<input type="checkbox"/> ZVK
----------------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------

<b>Laborbestimmung</b>	<input type="checkbox"/> Onkologie Block 1	<input type="checkbox"/> Onkologie Block 2	<input type="checkbox"/> Spezielles
------------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------	-------------------------------------

<b>Voraussetzungen für Therapie</b>	Hämatologie
	Chemie

<b>Besonderes</b>

<b>Apotheke (Medikamente)</b>

<b>Datum</b>	<b>Stempel oder Name und Unterschrift des Arztes</b>