

Sehr geehrte Ärzt*innen für Allgemeinmedizin!

Wir ersuchen Sie höflichst um folgende Angaben über Ihre*n Patient*in, als Vorbereitung für die **stationäre Aufnahme** auf Station 6 des Therapiezentrums Ybbs.

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Versicherungsnummer:

- **ICD Diagnosen**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **Medikation**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- **Laborbefund inklusive Labor-Befundung**

Differentialblutbild, Elektrolyte, Leber-, Nieren-, Schilddrüsenwerte, CK, Nüchternglukose, Blutfette, CRP, Vit D, Vit B12, Folsäure, Harnbefund, bei Diabetiker*innen HbA1c

- EKG inklusive EKG-Befundung
- Allergien/Unverträglichkeiten (inkl. Lebensmittelunverträglichkeiten)

.....

.....

.....

- Somatischer Status

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Derzeit besteht aus somatischer Sicht (bitte ankreuzen):

- ☐ Kein aktueller Abklärungs-/ Handlungsbedarf
- ☐ Aktueller Abklärungs-/ Handlungsbedarf (bitte anführen):

Datum, Unterschrift, Stempel

Falls ein aktueller Abklärungs- oder Handlungsbedarf aus somatischer Sicht besteht, bitten wir darum, alle notwendigen Untersuchungen und Maßnahmen vor Beginn des stationären Aufenthaltes an unserer Station durchzuführen und diese schriftlich zu bestätigen.

Eine stationäre Aufnahme an unserer Station kann nur erfolgen, wenn kein aktueller somatischer Abklärungs- oder Handlungsbedarf sowie keine akute somatische Erkrankung besteht.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Kooperation!