Terminanfrage zur **stationären Aufnahme**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

gerne können Sie uns Patientinnen und Patienten für eine stationäre Aufnahme zuweisen. Wir benötigen dazu bitte Informationen zum aktuellen Beschwerdebild, zur (Verdachts-)Diagnose, zur Vorgeschichte und dem Grund für die stationäre Abklärung.

Die Einsendung der Unterlagen ist per Fax (**089-4400-54430**) oder über unser Zuweiserportal   
(<https://med4.it-zuweiserportal.de>) möglich.

Wir bedanken uns für Ihre Zuweisung und die gute Zusammenarbeit!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ihre Kontaktinformation (Ärztin / Arzt)** |  | **Kontaktinformation Patientin / Patient** |
| Praxisstempel:  Rückrufnummer: |  | Vorname, Name  Adresse  Telefon   GKV  PKV |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorstellungsgrund** | |
| Nebennierenvenenkatheter bei **primärem Hyperaldosteronismus**  Hungerversuch bei V.a. **Insulinom**  Durstversuch bei V.a. **Diabetes insipidus**  Prostavasin-Therapie bei bisphosphonat-refraktärem, prim. **Knochenmarködemsyndrom**  Diagnostik und Therapie der moderaten bis schweren **Hyponatriämie** (<130 mmol/l)  Diagnostik und Therapie der moderaten bis schweren **Hyperkalzämie** (>3 mmol/l)  Diagnostik und Therapie der symptomatischen **Hypokalzämie**  Diagnostik und Therapie der schweren, therapierefraktären **Hypertonie**  Therapieeinstellung bei **Diabetes mellitus**  Typ 1  Typ 2  Insulinpumpentherapie  Diagnostik und Therapie bei **diabetischem Fußsyndrom**  andere: | |
| **Kurzanamnese & Fragestellung** |  |

1. Ihre ärztliche Einschätzung der **Dringlichkeit**:  Elektiv  Zeitnah (bis 4 Wochen)  dringlich (wenige Tage)
2. Der Patient hatte sich zuvor **extern** endokrinologisch vorgestellt  nein  ja (= Brief beifügen).
3. Beigefügt sind folgende Befunde/Berichte ( **obligat** /  wünschenswert):

**** **Medikationsplan**  Laborchemie  Arztberichte

 Externe Bildgebungen (bitte Befundbericht + QR-Code)