



Anmeldung Coma Unit

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Wohnort _____

Angehörige/r, /Betreuer/in: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Chefarzt

Prof. Dr. A. Bender

Gesetzliche Betreuung Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

- Bitte entsprechende Kopien der Betreuung, Vollmacht, Pat.verfüg. mitsenden!

DNR/keine Reanimationsmaßnahmen durchführen

Kapuzinerstraße 34
D-89331 Burgau

Fon 0 82 22/404-115
Fax 0 82 22/404-453

Datum Ereignis/Schädigung: _____

- Bitte Arztbriefe, Röntgen, cCt, aktuelle Medikationsliste mitsenden!

VP-Shunt

Trachealkanüle

e-mail:
cu@
therapiezentrum-burgau.de
Internet:
www.therapiezentrum-
burgau.de

Wie werden Sie aktuell versorgt?

zu Hause mit 24 Std. Intensivpflege

Intensivpflegeeinrichtung

Pflegeheim

Rooming-in erwünscht

Keime: bitte aktuelle Abstriche einreichen

MRSA

MRGN 4

(bei Nachweis sind die vorgeschriebenen Isolationsmaßnahmen zu beachten. Patient darf das Zimmer nicht verlassen, Schutzkleidung für die Besucher)

Einweisungsschein/Neurologe mitbringen

Krankenversicherung: _____

ANMELDUNGEN RICHTEN SIE BITTE AN:

cu@therapiezentrum-burgau.de

Tel.: 08222/404-115