

Einschränkung der Versorgungskapazitäten



Falls die Versorgungskapazitäten von **Notaufnahmen**, **Schockräumen** oder **Intensivstationen** vorübergehend erschöpft sind oder relevante **Großgeräte** nicht zur Verfügung stehen, ist eine **Information** der Notarzt- und Rettungsdienste sinnvoll. Bettenstationen sind davon nicht betroffen, da erst nach der Akutversorgung über eine stationäre Aufnahme entschieden wird.

Einschränkung der Versorgungskapazitäten

Krankenhaus: _____ Datum: _____

Betroffene Abteilung(en): (*Wenn zutreffend, Stationsbezeichnung ergänzen!)

<input type="checkbox"/> Ortho/Trauma Notaufnahme	<input type="checkbox"/> Neurochirurg. Intensivstation * _____
<input type="checkbox"/> Ortho/Trauma Schockraum	<input type="checkbox"/> Kinder Notaufnahme
<input type="checkbox"/> Ortho/Trauma Intensivstation * _____	<input type="checkbox"/> Kinder Intensivstation * _____
<input type="checkbox"/> Innere Medizin Notaufnahme	<input type="checkbox"/> Neonatologie Intensivstation * _____
<input type="checkbox"/> Innere Medizin Schockraum	<input type="checkbox"/> Anästhesie Intensivstation * _____
<input type="checkbox"/> Innere Medizin Intensivstation * _____	<input type="checkbox"/> Allgemeine Intensivstation * _____
<input type="checkbox"/> Kardiologie Intensivstation * _____	<input type="checkbox"/> Chirurgie Notaufnahme
<input type="checkbox"/> Neuro Notaufnahme	<input type="checkbox"/> Gynäkologie Notaufnahme
<input type="checkbox"/> Neuro Schockraum	<input type="checkbox"/> Geburtshilfe/Kreißsaal
<input type="checkbox"/> Neuro Intensivstation * _____	<input type="checkbox"/> Zentrale Notaufnahme
<input type="checkbox"/> Stroke Unit	

Betroffene Geräte (Wartung/Defekt/Ausfall):

<input type="checkbox"/> Computertomograph	<input type="checkbox"/> Herzkatheter
<input type="checkbox"/> Magnetresonanztomograph	<input type="checkbox"/> Neuro-Thrombektomie
<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> ECMO

Diese Information gilt ab Aussendung durch die Leitstelle bis auf Widerruf, längstens jedoch bis 07:00 Uhr des folgenden Kalendertages. Sie gilt nicht für Patient:innen aus dem primären Versorgungsbereich des Krankenhauses und nicht für Patient:innen, die in einem anderen Krankenhaus nicht adäquat versorgt werden können. Diese Information wird an alle Rettungsdienst- und Notarztstützpunkte weitergeleitet; **deren Personal entscheidet im Einzelfall über das Transportziel.**

Verantwortliche:r Ärzt:in: _____ Telefon: _____
Name in Blockbuchstaben

Unterschrift

Stempel

Bitte vollständig ausfüllen und an info@leitstelle-tirol.at mailen.

Nur für **Notaufnahmen**, **Schockräume** und **Intensivstationen**.

Falls es mehrere Intensivstationen gibt, bitte die **genaue(n) Bezeichnung(en)** angeben.

Trotz gemeldeten Einschränkungen kann es **aus medizinischen oder einsatztaktischen Gründen oder auf Patientenwunsch** notwendig sein, das Krankenhaus anzufahren.

Name und Erreichbarkeit der verantwortlichen Person für Rückfragen.

Eine „**Sperre**“ oder ein „**Aufnahmestopp**“ für die Versorgung von Akutpatient:innen in **allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten** ist **nicht vorgesehen**. **A. ö. Krankenanstalten haben keinen geographischen Zuständigkeitsbereich.**