

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: _____
Name in Blockbuchstaben

Telefon: _____

Unterschrift

Stempel

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