

Einschränkung der Versorgungs- oder Aufnahmekapazität

Krankenhaus: _____

Datum: _____

Station/Ambulanz, bitte alle zutreffenden Punkte ankreuzen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulanz | <input type="checkbox"/> Anästhesie |
| <input type="checkbox"/> Schockraum | <input type="checkbox"/> Innere Medizin |
| <input type="checkbox"/> Normalstation | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Intensivstation | <input type="checkbox"/> Allgemeinchirurgie |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsplatz | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Herzkatheterlabor | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Gynäkologie, Geburtshilfe |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> Kinder-, Jugendheilkunde |
| <input type="checkbox"/> MRT | <input type="checkbox"/> Neonatologie |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Art der Einschränkung:

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Versorgung von Patienten (amb.) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Aufnahme von Patienten (stat.) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Wartung/Defekt von Geräten | <input type="checkbox"/> _____ |

Diese Information gilt ab Zustellung bis auf Widerruf, längstens jedoch bis 07:00 Uhr des Folgetags. Sie gilt nicht für Patienten aus dem primären Versorgungsbereich des Krankenhauses und auch nicht für Patienten, die in einem anderen Krankenhaus nicht adäquat versorgt werden können. Diese Information wird an alle Rettungsdienst- und Notarztstützpunkte weitergeleitet und wird im Einzelfall von deren Personal beurteilt.

Verantwortlicher Arzt: _____
Name in Blockbuchstaben

Telefon: _____

Unterschrift

Stempel

Bitte vollständig ausfüllen und an 0512 3313 1000 faxen oder an info@leitstelle-tirol.at mailen.