

## 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.**

Verantwortliche\*r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_  
Name in Blockbuchstaben

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel

Bitte vollständig ausgefüllt an [info@leitstelle.tirol](mailto:info@leitstelle.tirol) mailen.