

**Ambulante Innere Medizin**  
Medizinische Poliklinik

Tagesklinik

Petersgraben 4  
CH-4031 Basel

**Koordination:**  
Dr. Andrea Meienberg, Kaderärztin

Dr. Katrin Bopp, Oberärztin

## Anmeldeformular für Tagesklinik

### Patientendaten (Druckbuchstaben):

Name/Vorname: .....

Adresse: .....

PLZ/Ort: .....

- EC Transfusion (siehe 6.1.)
- Punktion (Aszites- und Pleura)
- Antibiotikatherapie
- Immunglobuline/Biologika

Geburtsdatum: .....

Tel.-Nr.: .....

Kontaktperson: .....

- i.v. Eisensubstitution (siehe 6.2.)
- Bisphosphonate i.v. (siehe 6.3.)
- Überwachung
- .....

### 1. Verordnung:

.....  
.....  
.....

2. Indikation für o.g. Verordnung: .....

3. Wichtige Begleiterkrankungen: .....

.....  
.....

3. Allergien/Unverträglichkeiten:

Diabetes:  ja  nein

.....  
.....

4. Medikamente: .....

.....  
.....

5. Besondere Bemerkungen:

(z. B. Patientenverfügung, pflegerelevante Diagnosen)

Palliative Situation, keine  
Reanimation im Falle einer  
Notfallsituation

.....  
.....

**Chefarzt:**

Prof. Christoph Hess, FMH Innere Medizin / Fachimmunologie DGfI

**Stv. Chefarzt:**

PD Dr. Michael Mayr, FMH Innere Medizin / Nephrologie

**OberärztInnen:**

PD Dr. Christoph Berger, Dr. Florian Banderet, Dr. Katrin Bopp, Dr. Vera Freund,  
Dr. Corinna Klüber, Dr. Annina Vischer, Dr. Birgit Werner, Dr. Evelyn Zehntner,  
Anett Apitz Stv., Dr. Milena Menegola Stv.

**KaderärztInnen:**

Dr. Thilo Burkard, Dr. Andrea Meienberg

**Leitender Arzt:**

Prof. Mike Recher

**Anmeldung/Auskünfte:**

Tel. 061 265 50 64, Fax 061 265 50 46

**e-mail Tagesklinik:**

tagesklinik.kaim@usb.ch

**Website:**

www.unispital-basel.ch, Link „Klinikfinder“ → Medizinische Poliklinik

## 6. Erforderliche Zusatzangaben für o. g Verordnung:

### 6.1. EC-Transfusion:

Dringlichkeit:  Hb <8g/dl  Hb 8-10g/dl  Hb >10g/dl ( in der Regel keine Indikation zur EC-Transfusion)

Auftreten:  Akut  Chronisch

Abklärung:  Erfolgt  Geplant  Aufgrund Gesamtsituation nicht indiziert

Bitte aktuelles Blutbild und ggf. Eisenstatus mitfaxen

### 6.2. Intravenöse Eisensubstitution (Ferinject, Venofer):

Indikation:  Ferritin <20 µg/l (Eisensubstitution indiziert)  Ferritin 20-50 µg/l (Eisensubstitution bei entsprechender Klinik)  Ferritin >50 µg/l ( in der Regel keine Indikation zur Eisensubstitution)

Ist eine perorale Eisensubstitution erfolgt (obligate Angabe wegen Kostenübernahme)?

ja, kein adäquater Anstieg  ja, Abbruch wegen Nebenwirkungen

nein wegen Komorbidität (z.B. chronisch entzündliche Erkrankung, schwere Herz- oder Niereninsuffizienz)

Aktuelles Gewicht: ..... kg

Schwangerschaft:  ja  nein

Bitte aktuelles Blutbild und Eisenstatus mitfaxen

### 6.3. Bisphosphonate intravenös

Bitte Kreatininwert (<6 Monate) mitfaxen

Die Medizinische Tagesklinik versteht sich als ausführende Abteilung für o.g. Massnahmen.  
Eine weitere Abklärung der zugrundeliegenden Krankheit erfolgt nur auf Ihre gesonderte Zuweisung

**Zuweiser/Zuweisende Klinik:**

Datum:

Telefon für Rückfragen/zum Aufbieten:

Stempel, Telefon-/Fax-Nummer und Unterschrift  
des zuweisenden/antragstellenden Arztes: