



Anfrage zur Übernahme in die Akut-Geriatrie

Name:

Geb.-datum:

Straße:

PLZ/Ort:

Krankenkasse:

Bitte Bogen ausfüllen und senden an:

Fax: 02521 / 841-429
Geriatrisches Sekretariat

Wir werden uns kurzfristig mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bei Verlegung bitte den Arztbrief, alle Vorberichte und radiologischen Bilder auf CD sowie die Krankenversichertenkarte mitbringen. Vielen Dank.

Verlegende Klinik / Fachabteilung / Zuweisender Arzt: <input type="text"/>		Aktuelle Station: <input type="checkbox"/> Normalstation: <input type="text"/> (Stationsnr.) <input type="checkbox"/> Intensivstation
Ärztlicher Ansprechpartner: <input type="text"/>	Telefon der Station: <input type="text"/>	Versicherungsstatus: <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett
Diagnose (ggf. OP-Datum): <input type="text"/>		Barthel: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung <input type="text"/> kg, bis <input type="text"/>
unruhig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
orientiert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein		MRSA <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. <small>(obligat; max. 7Tage alt)</small>
Status vor Erkrankung: <input type="checkbox"/> selbstst./Wohnung <input type="checkbox"/> Altenheim/Wohnheim <input type="checkbox"/> Altenheim/Pflegebereich		Clostridien <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.
Wunden: <input type="text"/>		<small>(falls vorhanden)</small> Noro <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.
Chir. Drainagen (Thoraxdrainage etc.): <input type="text"/>		3-MRGN <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.
Sonstiges: <input type="checkbox"/> nasogastr. Sonde <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> DK/SPDK <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> Stoma		4-MRGN <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.
Spezielle Medikamente: <input type="text"/>		VRE <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.
Aktuelle Mobilität: <input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit <input type="checkbox"/> Bettkante/Stuhl <input type="checkbox"/> Zimmerebene <input type="checkbox"/> Flurebene		Sonstige: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> pos.
Therapieziel: <input type="text"/>		

Übernahme am:

Gewicht: > 160 kg

Hinweise:

Datum:

Unterschrift: (Arzt)