

**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 kgHinweise: Datum: Unterschrift: (Arzt)