

Datum:.....

Anfrage zur Patientenaufnahme

Angestrebter Aufnahmetermin:.....20....

Geriatric

Angaben zum Patient:

Name: Vorname geb.: w m

Anschrift: Tel.:

Kostenträger: Tel.

Behandelnde Klinik/Station: Tel.: Fax:

Pflegestufe nein ja 1 2 3

Aufnahmediagnose: **ICD10**

angeboren erworben seit

weitere Diagnosen: Herz/Kreislauf Gefäße Lunge
 Gastrointest. Urogenital Infektion Stoffwechsel
 Neoplasma Operationen

Verantwortliche Angehörige/Betreuer

Heimunterbringung nein ist erfolgt soll erfolgen

Aktueller Status: Barthel-Index oder FIM (nur ausfüllen, wenn bekannt)

Vollständig immobil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Körperpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Hydrocephalus (Ventil)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Waschen/Baden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Langzeitbeatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Duschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Akut-Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blasenkontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Darmkontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
PEG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rollstuhlbenutzung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ankleiden oben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Dekubitus/Wundheilung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ankleiden unten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Transfer Bett/Stuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Sprach/Sprechstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Verhaltensstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Orientierungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Demenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

Hilfsmittel:

Rehaziel:

Anfordernder Arzt:
(Druckbuchstaben & Unterschrift)

Datum
(ggf. Klinikstempel)

Bitte ausgefülltes Formular **faxen** an: St. Mauritius Therapieklinik, Geriatrie

Telefax (0 21 59) 679-4000 oder -1514

Telefon (0 21 59) 679-15 23 (Sekretariat Fr. Sangs) oder
Telefon (0 21 59) 679-50 77 Frau Beiner, Patientenmeldung – (0 21 59) 679-50 25 Herr Jaspers, Patientenmeldung

Kostenzusage bereits bei Krankenkasse beantragt:

Kostenzusage liegt vor: ja nein Aufnahme am: Station