



Anmeldung Tagesklinik

- hier Patientenetikett -

Name:

Vorname:

Geboren:

Strasse:

PLZ/Ort:

Krankenkasse:.....

Bitte Bogen ausfüllen und senden an:
Fax. 02591 231-329
Geriatrisches Sekretariat
Wir werden uns kurzfristig mit Ihnen in Verbindung setzen.
Bei Verlegung bitte Arztbrief, alle Vorberichte und radiologische Bilder auf CD mitgeben. Vielen Dank.

Verlegende Station / Zuweisender Arzt:		Versicherungsstatus		
Telefon Fax		<input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> Wahlleistung Chefarzt		
Ansprechpartner (Patient/Angehörige):		<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung kg bis zum		
Telefon Fax				
Hauptdiagnose (ggf. OP-Datum):		Infektiösität		
Geriatrische Probleme:		<input type="checkbox"/> Aktuell isoliert		
		<input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> MRSA (Abstrich am):		
Therapieziel:		Barthel-Index		
MMST		<input type="checkbox"/> Pflegedienst		
<input type="checkbox"/> Orientiert	<input type="checkbox"/> zu Hause			<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> Unruhe/Delir	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen			<input type="checkbox"/> Gehstock
<input type="checkbox"/> Verwirrtheit/Demenz	<input type="checkbox"/> Stat. Einrichtung	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	
Gewünschte Aufnahme <input type="checkbox"/> Letzte tagesklinischer Aufenthalt				
_____, den _____, _____ Arzt				

Aufnahme am nicht möglich

Hinweise Kodierung

Lüdinghausen, den _____, _____ Arzt