



Anfrage zur Übernahme in die Akut-Geriatrie

- 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 Klinik / Zuweisender Arzt:		Derzeitiger Aufenthalt:	
Ansprechpartner:		<input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> stat. Pflege <input type="checkbox"/> Normalstation <input type="checkbox"/> Intensivstat. <input type="checkbox"/> Intermediate Care	
Arzt:..... Telefon.....Fax		Wahlleistung (privatversichert):	
Station:..... Telefon.....Fax		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett	
Patient..... Telefon.....		<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung <input type="checkbox"/> OP am	
Angeh..... Telefon.....		<input type="checkbox"/> war auf Intensivstation	
Hauptdiagnose, Operation:		Infektionen: neg. pos.	
Komplikationen:		Aktuelle ISO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> seit:..... Frühere ISO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> am:	
Aktuelle Antibiose:		Keim:	
Geriatrische Probleme:		MRSA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> am:..... Clostridien <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> am:..... VRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> am:..... 3-MRGN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> am:..... 4-MRGN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> am:..... Covid-19 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> am:.....	
Therapieziel:		Barthel-Index..... MMST.....	
<input type="checkbox"/> Orientiert	<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> SPK	<input type="checkbox"/> Pflegegrad.....
<input type="checkbox"/> Unruhe/Delir	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> O2-Gerät	<input type="checkbox"/> stationäre Pflege
<input type="checkbox"/> Verwirrtheit/Demenz	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> BiPAP / NIV	<input type="checkbox"/> Versorgung unklar
Stationär seit Gewünschte Übernahme <input type="checkbox"/> Reha beantragt am			
<input type="checkbox"/> Letzter Krankenhausaufenthalt am in			
<input type="checkbox"/> Letzte geriatr. Komplexbehandlung am in			
....., den			
Arzt			

Übernahme am nicht möglich

Hinweise

Lüdinghausen, den

Arzt