ST. MARIEN-HOSPITAL
LÜDINGHAUSEN

Anmeldung Tagesklinik

- hier Patietenetikett -

Name: .....

Vorname: .....

Geboren: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

Krankenkasse: .....

Bitte Bogen ausfüllen und senden an:
Tel. 02591 231-147
Fax. 02591 231-369
Tagesklinik
Wir werden uns kurzfristig mit Ihnen in Verbindung setzen.
Bitte Arztbrief, alle Vorberichte und radiologische Bilder auf CD mitgeben.
Vielen Dank.

Verlegende Station / Zuweisender Arzt:

Telefon ..... Fax .....

Ansprechpartner (Patient/Angehörige):

Telefon ..... Fax .....

Versicherungsstatus
☐ Regelleistung
☐ Wahlleistung Chefarzt

Hauptdiagnose (ggf. OP-Datum):

☐ Vollbelastung
☐ Teilbelastung ..... kg
bis zum .....

Infektiösität
☐ **Aktuell isoliert**
☐ Clostridien
☐ MRSA (Abstrich am):
.....

Geriatrische Probleme:

Therapieziel:

Barthel-Index .....

MMST .....

☐ Orientiert	☐ zu Hause	☐ ohne Hilfsmittel	☐ Pflegedienst
☐ Unruhe/Delir	☐ Betreutes Wohnen	☐ Gehstock	.....
☐ Verwirrtheit/Demenz	☐ Stat. Einrichtung	☐ Rollator	.....
		☐ Rollstuhl	

Gewünschte Aufnahme ..... ☐ Letzte tagesklinischer Aufenthalt .....

_____, den _____ _____
Arzt

Aufnahme am ..... nicht möglich ☐

Hinweise ..... Kodierung ☐

Lüdinghausen, den _____ _____
Arzt