

Anmeldung zur stationären Aufnahme/Übernahme

Bogen ausgefüllt per FAX zurück an **0681/406-3123**

Patientendaten: weiblich männlich

Name: Geburtsdatum: Straße, Hausnr.: PLZ, Wohnort: Krankenkasse Aufkleber	Versicherungsstatus: <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett Telefonnr. Angehörige: Hausarzt/-ärztin: Pflegegrad: Gesetzl. Betreuung:
--	--

Hauptbehandlungsdiagnose:

OP-Datum: _____ stationäres Aufnahmedatum: _____

Relevante Nebendiagnosen:

Weiterer **akutstationärer** Behandlungsbedarf ist gegeben wegen:

Ausschlusskriterien: reine Pflegesituation/keine rehabilitative Prognose Reha angemeldet/Pat. rehafähig

Aktueller Status:

- Barthel-Index (Hamburger Manual) vom _____: _____ Punkte
- Bei Fraktur: Vollbelastung Teilbelastung: ___ kg Entlastung übungstabil
- Mobilität: bettlägerig Bettkante im Zimmer/auf Station mobil
- Ernährung: Dysphagie Ernährungssonde
- Kognition: Demenz Delir Hinlauftendenz
- Wunden/Dekubitus: Lokalisation _____ Grad _____
 Antidekubitussystem erforderlich
- Weitere Besonderheiten:

Mikrobiologische Abstriche durchgeführt: _____ Isolation erforderlich

- auf MRSA, MRGN, VRE: nein ja > Ergebnis:
- Sonstiges (u.a. SARS-CoV2): nein ja > Ergebnis:

Gewünschtes Aufnahme- bzw. Übernahmedatum: _____

Anmeldende Klinik/Praxis: _____

Telefon-Durchwahl für Rückfragen: _____

Datum, Stempel, Name, Unterschrift

- Patienten und Angehörige informieren, dass die Fortführung der Behandlung in der Geriatrie eine **akutmedizinische** Maßnahme mit begleitender Frührehabilitation und **keine** Anschlussheilbehandlung ist.
- Bei Anmeldung durch Praxis: Bei Aufnahme Einweisung notwendig.