

Anmeldung Akutgeriatrie

Chefartzsekretariat: Tel 02232 / 74 267		Fax 02232 / 74 310	
Anmeldedatum: _____			
Patientenname: Herr/Frau _____			
Adresse: _____			
Geburtsdatum: ____ . ____ . ____			
Anmeldendes KH: _____			
Abteilung/Klinik: _____		Station: _____	
HA/Stationsarzt: _____		Tel.: _____	
Tel.-Nr. Schwesternzimmer: _____			
*Bitte faxen sie uns am Tag vor der Verlegung/Aufnahme einen vorläufigen Bericht/Medi-Plan/Vorbefunde zu.			
Hauptdiagnose: _____ _____			
Nebendiagnosen: _____ _____			
Isolation/Problemkeime (Clost. diff., 4MRGN, o.ä.?)			
Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>	Unruhezustände	<input type="checkbox"/>
		Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	Sonde	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Dekubiti	<input type="checkbox"/>
		Wundheilungsstörungen	
Dialyse	<input type="checkbox"/>	ZVK	<input type="checkbox"/>
soziale Situation, * Angehörige (Tel.): _____ _____			
spätere Versorgung/angestrebte Entlassungssituation: _____ _____			
*Versicherung/KK: _____		*Versicherungs-Nr.: _____	
privat:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein,	
ohne Chefarzt		<input type="checkbox"/> I Bett	<input type="checkbox"/> II Bett,
		<input type="checkbox"/> mit Chefarzt	<input type="checkbox"/>
Gewünschtes Verlegungs/Aufnahmedatum: _____			

*Pflichtfelder, wichtig, bitte immer ausfüllen