



Anmeldung für Kliniken

zur Geriatrischen Frührehabilitation Inneren Medizin Palliativmedizin

Die Patienten sollten bis spätestens 10.00 Uhr bei uns eingetroffen sein!

Geschlecht männlich weiblich Versicherten-Nr.: Aufn.Datum in der einw. Klinik:

Krankenkasse: Spezielle, seltene Medikation: 1-Bett-Zimmer
CA Behandlung

Hausarzt:

Diagnosen:

Verlegungsgrund: Aktuelle Belastbarkeit:

Hilfsmittel: Einsch. des Rehapotentials: Barthel Idx.:

Zuletzt in einer geriatrischen Frührehabilitation gewesen: ja nein Wenn ja, wann:

MRSA ja nein Lokalisation: Saniert ja nein Behandlungsbeginn:

3MRGN ja nein Erreger: Therapie ja nein Behandlungsbeginn:
4MRGN ja nein

Clostridien ja nein Therapie ja nein Behandlungsbeginn:
Noro ja nein

HIV ja nein Therapie/Medikation:

Chemotherapie ja nein Strahlentherapie ja nein Gewicht (kg): Pflegegrad:

Kontaktperson/Betreuer (Name): Telefon:

Behandelnder(r) Ärztin/Arzt: Telefon der Station:

Gewünschter Aufnahmeterrmin:

Wir bitten darum, den bundeseinheitlichen Medikationsplan mit Datamatrix Code bei Verlegung mitzugeben.

Bei Stornierung der Verlegung bitten wir dringend um telefonische Absage.

Wird vom aufnehmenden Krankenhaus ausgefüllt.

Verbindliche Übernahme am: